

四国がんセンター地域連携ネットワーク参加申込書

四国がんセンター地域連携システム運営規定について合意のうえ、下記のとおり四国がんセンター地域連携ネットワークに参加いたします。

申 込 日	年 月 日
フ リ ガ ナ	
医 療 機 関 名	
開 設 者 氏 名	
利 用 者 氏 名	

申請医療機関情報	
郵 便 番 号	—
所 在 地	
電 話 番 号	— —
F A X 番 号	— —
メ ー ル ア ド レ ス	@

※ 別紙、誓約書(様式2)を添付してください。

年 月 日

四国がんセンター 院長 殿

誓約書

当機関は、四国がんセンター地域連携ネットワークの趣旨に賛同し、参加します。
参加するにあたり、以下のことを誓約します。

1. 同システムの利用に当たり、適正な運用管理及びデータの安全かつ適正な管理による個人情報の保護に努めます。
2. 四国がんセンター地域連携システム運営規定に規定される責務を遵守します。
3. 機関内における当該事業の実施に伴う責任を負います。

医療機関の名称:

医療機関の所在地:

利用者の氏名(自署):

印