

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	— —
FAX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。

(四国がんセンター記載欄)

設定日
/

設定担当者氏名: _____

【お問い合わせ】四国がんセンター 地域医療連携室

TEL:089-999-1201 FAX:089-999-1115

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

(四国がんセンター記載欄)

医療機関コード	
利用者 ID	
パスワード	