

(様式 2)

利 用 者 誓 約 書

地域医療連携ネットワークシステム（以下「HiME ネット」という。）を利用するにあたり、以下の事項を厳守することを誓約いたします。

記

1. 利用にあたり、地域医療連携ネットワークシステム(HiME ネット)利用マニュアルを遵守します。
2. 個人情報 は適切に取り扱い、情報漏えい等により個人の権利・利益が侵害されないよう注意を払います。個人情報に係る患者個人の権利・利益を侵害した場合は、故意、重過失、過失等その原因及び責任の所在によっては、刑事責任の追及や損害賠償の請求を受けても異議はありません。
3. HiME ネットのシステム管理者から、HiME ネットの使用方法や保管状況等の事項に関する照会を受けた場合は対応します。
4. 地域医療連携ネットワークシステム運用管理規程に違反する行為を行った場合は、システム管理者からの利用資格停止措置を受けることがあることを承諾します。

(西暦) 20 年 月 日

国立大学法人

愛媛大学医学部附属病院 病院長 殿

施 設 名 _____

氏 名 _____

※1 管理責任者名 _____

※1 利用者が医師以外の医療従事者の場合には署名してください。