

様式第 1 号：システム利用施設参加申込書

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局 御中

私は、びわ湖あさがおネットおよび各種連携システムの趣旨、運用管理規程および各種連携システムの利用約款を理解し、また利用に係る研修会を受講し、運用上の注意事項等を理解した上で、下記の通り申し込みをします。

申込日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【施設情報】

施設名フリガナ :

施設名 : _____

施設種別 : _____

代表者フリガナ :

印

施設代表者 : _____

住 所 : (〒 _____ - _____)

電話番号 : _____ FAX 番号 : _____

希望する機能: 1. 基本機能(ポータル+在宅療養支援機能)

2. 医療情報共有 ※いずれかにチェックを入れてください。

使用しない

医療情報共有

電カル・レセ・調剤システム連携

3. 訪看・ケアマネシステム連携

※施設種別により利用できる機能に制限があります。

【システム担当者情報】

施設代表者と同じ

システム担当者名 : _____ (フリガナ: _____)

所 属 : _____

電話番号 : _____

※ 本申込書は協議会事務局へ提出してください。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局
〒524-8524 守山市守山 5 丁目 4 番 30 号 県立総合病院内
TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169 メール: smic@mdc.med.shiga-pref.jp
※事務局利用欄 【作業実施記録】

様式第 2 号：システム利用者参加申込書

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局 御中

私は、びわ湖あさがおネットおよび各種連携システムの趣旨、運用規程を理解し、また利用に係る研修会を受講し、運用上の注意事項等を理解し、所属機関・施設等の長の許可を得た上で、下記の通り申し込みをします。

申込日 : 西暦 ____年 ____月 ____日

参加施設名 : _____

利用者フリガナ: _____

利用者氏名 : _____ 性別: 男・女

生年月日 : 西暦 ____年 ____月 ____日

職員番号 : なし あり () ←「あり」の場合、必ずご記入ください。

職種 : 医師・歯科医師・薬剤師・看護師・その他(_____)

電話番号 : _____ FAX 番号 : _____

メールアドレス: _____

登録内容 : 基本機能(ポータル+在宅療養支援機能)

医療情報共有(施設種別および職種により利用制限があります)

(↑医療情報閲覧をご希望の方は、こちらに✓を入れてください。)

在宅療養支援機能施設管理者: 登録する 登録しない

(在宅療養支援機能施設管理者は、自施設の受け持ち担当者を設定することができます。)

※ 本申込書は協議会事務局へ提出してください。
後日、利用者 ID とパスワードをお知らせいたします。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局
〒524-8524 守山市守山 5 丁目 4 番 30 号 県立総合病院内
TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169 メール: smic@mdc.med.shiga-pref.jp

※事務局利用欄

【作業実施記録】

--

様式第 3 号：滋賀県医療介護情報連携ネットワークおよび

地域連携システム個人情報取扱い誓約書

(法令等の遵守)

私は、びわ湖あさがおネットの利用に関して、患者・家族の個人情報¹の取得（収集を含む）、利用、提供、預託、その他の取扱いを行う場合には、個人情報保護法、その他の関係法令及びびわ湖あさがおネットの運用管理規定を遵守いたします。

(利用期間終了後の取扱い)

私は、びわ湖あさがおネットの利用終了後においても、当該システム利用中に行った、上記記載の法令及びびわ湖あさがおネット運用管理規程に違反する行為を行いません。

年 月 日

参加施設名

署名

印

※システム利用者ごとにご記入いただき、提出をお願いします。