

【様式 1-1】 医療関係者/スタッフ→S 管理者 新規 登録内容変更 中止

### バイタルリンク利用申込書（医療関係者/スタッフ用）

小松島市医師会事務局 御中

医療介護連携情報ネットワーク「バイタルリンク」に医療関係者またはスタッフとして参加する為、アカウントの作成をお願いします。尚、参加にあたり下記項目を遵守することを誓約します。

■ 業務情報保持について

私は、本システムを利用するにあたり、法令および諸規定を遵守するとともに、以下の情報の一切を S 管理者および管理者の許可なく開示、漏洩または使用しないことを誓約します。

- ① 本システムを利用して得られた患者情報
- ② 本システムのシステム仕様およびサービス仕様

■ 情報の管理について

私は本システムを利用するにあたり、マニュアル以外の方法にて不正にアクセスを行ったりしないものとします。情報共有による、よりよい在宅ケアの遂行以外の目的で本システムを利用し、患者または患者家族のプライバシーその他の検視を侵害するような行為を一切しないものとします。

■ 退職後の情報保持について

私は、退職または管理者を辞した後も、本システムに関する一切の情報を S 管理者の許可なく開示、漏洩または使用しないことを誓約します。

平成 年 月 日

参 加 者 情 報	事業所名	(ふりがな)		
	氏名	(ふりがな)		
	住所	〒		
	電話番号		Fax 番号	
	パスワード※		職種	
	E-mail			
	※パスワードは英数半角 8 文字以上			

S 管理者記入欄（アカウント名）	
------------------	--

【様式 2-1】

## 個人情報取り扱いに関する誓約書

システム管理者 一般社団法人 小松島市医師会 会長 藤野和也 様

私は、当事業所における医療介護連携情報ネットワーク「バイタルリンク」の利用において、知り得た患者およびその家族に関する個人情報については、小松島市医師会における「個人情報保護方針」を遵守し、個人情報を適正に管理することを誓約します。

また、当事業所においてシステム管理担当者を 1 名選定し、職員に対する「バイタルリンク」の個人情報の取り扱いに関する教育を実施するとともに利用する職員名簿（様式 2-2）を提出します。

平成 年 月 日

事業所名	
管理担当者名	印

