

## 厚生中央医療情報ネットワーク

## 利用【変更】申請書（参加施設用）

総合病院 厚生中央病院 病院長 殿

既に登録していた厚生中央医療情報ネットワーク利用申請書の内容に変更・追加が生じたため、以下のとおり申請を致します。

引き続き、厚生中央医療情報ネットワーク規定に示された遵守事項、禁止事項を十分に理解した上で、厚生中央医療情報ネットワークの機能を使用することを誓約します。

【参加施設記入欄】

申請日：西暦

年

月

日

変更箇所	申請区分	一部変更(追加)
<input type="checkbox"/>	施設区分	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）
<input type="checkbox"/>	医療機関コード 介護保険事業所番号	<input type="checkbox"/> 医療機関コード <input type="checkbox"/> 介護事業所番号 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/>	施設名	
<input type="checkbox"/>	代表者氏名	
<input type="checkbox"/>	システム担当管理者	<input type="checkbox"/> ※代表者参加施設の責任者と同様の場合はチェックを入れてください、
<input type="checkbox"/>	メールアドレス	
<input type="checkbox"/>	施設所在地	〒 -
<input type="checkbox"/>	電話番号	( ) -
<input type="checkbox"/>	FAX 番号	( ) -
	誓約事項	<input type="checkbox"/> 次ページの誓約事項、利用規程を遵守します

※誓約の項目にチェックがない申請書はお受けできません

 

【当院記載欄】

【受付窓口・郵送】 → 【医療情報管理室】

受付受理日 西暦 年 月 日

システム登録日 西暦 年 月 日

室長

医情報室

システム登録

## 別紙：誓約事項

1. 私は、厚生中央医療情報ネットワーク（以下、本ネットワーク）の利用にあたり、厚生中央医療情報ネットワーク利用規程を遵守します。
2. 私は、本ネットワークの利用に際し、故意又は過失を問わず、本ネットワークに障害を与えた場合は、その復旧に責任を持って協力します。
3. 私は、本ネットワークの利用にあたり、個人情報の漏えい等により個人の権利利益が侵害されないように善良な管理者の注意をもって、本ネットワークを取り扱います。当該個人情報に係る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倍書の請求を受けても、異議がありません。
4. 私は、本ネットワークの利用に際し、管理者からネットワークの診療情報の使用方法、保管状況その他の事項に関する照会を受けたときは速やかに対応します。
5. 私は、本ネットワークの運用規定に違反する行為を行った場合は、管理者からネットワークの使用停止措置（全患者に関する使用停止を含む）を受けることがあることを、承諾します。
6. 下記「システム利用条件」に合致した環境でのみ本ネットワークの利用を行うことを承諾します。

### システム利用条件

下記の条件を満たす端末で本ネットワークが利用できます。

- ・ Windows10 または Windows11 の 端末（いずれも、サポート中の OS とする）
- ・ Microsoft Edge 、 Google Chrome 、 FireFox ブラウザ
- ・ ウイルス対策ソフトのインストール

※フリーのウイルス対策ソフトは不可です。必ず有償のウイルス対策ソフトをご使用ください。ウイルス対策ソフトの購入・インストールは利用者様でお願いいたします。

- ・ 利用にあたって、電子証明書のインストールおよび VPN 等の設定が必要です。（Windows 管理者権限での作業が必要となります。）
- ・ VPN を有効化して本ネットワークを利用している間は、インターネットの利用ができません。（VPN を無効化して本ネットワークを利用しない間はインターネットの利用が可能です。）