

## 情報共有システム利用登録・削除申請書

年 月 日

桜川市長 様

情報共有システムの利用について、裏面の誓約事項を遵守することに同意し、次のとおり申請します。

申請者 <small>(法人又は個人)</small>			代表者名				
登 録 事 項	シ ス テ ム 登 録 機 関	登録機関名称					
		※登録機関 種別	1. 病院 2. 診療所 3. 訪問看護ステーション 4. 薬局 5. 地域包括 6. 居宅介護支援 7. 訪問介護 8. 訪問入浴 9. 訪問リハビリ 10. 通所介護 11. 通所リハビリ 12. 短期入所 13. 福祉用具貸与・販売 14. 介護老人福祉施設 15. 介護老人保健施設 16. 特定施設 17. 認知症対応型共同生活介護 18. 小規模多機能居宅介護 19. その他 ( )				
		医療機関 番号					
		介護事業所 番号					
		所 在 地	〒 茨城県				
		電話番号			F A X		
		E m a i l					
		管理者名			運用責任者名		
		※区 分	氏 名	職 種	※システム利用機器	※電子証明書	
		登録・削除	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未	
登録・削除	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未			
登録・削除	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未			
登録・削除	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未			
登録・削除	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未			
登録・削除	(かな)		パソコン・タブレット・ スマートフォン	済・未			

※機関種別、区分、システム利用機器、電子証明書の欄は該当する項目に○をしてください。

※電子証明書「未」と選択された方は、ID 交付と同時に電子証明書インストール用 ID を送付します。

### <情報共有システム利用に関する誓約事項>

1. 事故等により障害が発生し問題が生じた場合は、速やかに桜川市長に報告するとともに復旧解決方を講じます。
2. 情報共有システムの利用に際して使用するID及びパスワードは、事業所内のシステム利用者の利用状況を適正に把握し、部外者に利用されることのないよう適切に管理します。
3. 使用する情報機器及びネットワークは、桜川市長が指定するセキュリティ要件を満たす環境のもとで利用します。
4. 情報共有システムの利用は、登録申請をしたシステム利用機器（端末）のみとします。その端末には電子証明書をインストールし、「電子証明書専用ログイン」を介しての利用とします。
5. 厚生労働省が定める「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守します。
6. 情報共有システムの利用を終えるときは、速やかに桜川市長に報告し、システム利用者登録削除の手続きをします。
7. 個人情報等については、あらかじめ承諾を得た関係者と情報を共有し、部外者に個人情報等が漏洩することのないよう適正に管理します。
8. 情報共有システムの利用に際して知り得た個人情報等については、利用が終了した後においても継続して部外者に漏洩することのないよう機密性を保持します。
9. 個人情報等については、目的外に利用は致しません。
10. 情報共有システムに登録する情報は正確な内容を入力することに努めます。
11. 情報共有システム利用に係る規定を遵守し、これに違反のある場合には、利用申請の却下及び利用停止等となることに承諾します。