

市立池田病院地域医療連携ネットワークシステム誓約書

市立池田病院 病院長 様

当機関は、市立池田病院地域医療連携ネットワークシステムの趣旨に賛同し、参加します。

また、同システムの利用に係る運用管理および患者・家族に関する情報の取り扱いにおいて、個人情報保護法、その他の関連法令および市立池田病院地域医療連携ネットワークシステム運用管理規程を遵守するとともに当該システムの利用に伴う一切の責任を負うことを誓約します。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

代表者 _____ ㊟