

要 原本提出

様式4

情報共有システム使用に関する誓約書

情報共有システム管理者
松阪地域在宅医療・介護連携拠点 宛

私は、当事業所における「在宅医療・介護連携情報共有システム」の使用において、知りえた医療・介護サービス利用者（患者）及びその家族に関する個人情報については、システムの利用期間中及び利用終了後においても「個人情報の適切な取扱方針」を遵守し、適正に管理することを誓約します。

法人ごとではなく、事業所ごとにご用意ください

年 月 日

誓約者 事業所名 事業所名を記入(ゴム印等可)
事業所代表者名【自署】 事業所の代表者本人による自署

(事業所代表者とは、事業所の管理監督を行う方。例：院長、センター長、管理者)

使用者名【自署】

使用者名【自署】

使用者名【自署】

使用者名【自署】

使用者名【自署】

登録希望者本人による自署
※署名の順が様式1または様式2の記載順と異なっていても差支えありません

事業所代表者が使用者となる場合は、お手数ですがこちらにも自署をお願いします

(使用者とは、情報共有システムを使用する医療・介護職等。署名は使用者本人が行ってください。)