

(石川県外施設用)

注意:金沢大学附属病院継続診療システムは、いしかわ診療情報共有ネットワークに参加しています。  
石川県内の施設の方は、いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会が定める様式を使用願います。

# 金沢大学附属病院継続診療システム 利用申込書兼誓約書

平成 年 月 日

金沢大学附属病院長 殿

「金沢大学附属病院継続診療システム」の趣旨・内容を理解したうえで、同システムを利用したいので申込みします。

フリガナ 施設名		医療機関コード
フリガナ 施設長名		印
所在地	(〒 - )	

※同意・該当する項目にチェック願います。

<input type="checkbox"/>	「金沢大学附属病院継続診療システム」の利用にあたっては、『「金沢大学附属病院継続診療システム」利用に関する規程』を遵守します。
<input type="checkbox"/>	電子証明書の管理は厳重に行い、端末のセキュリティ対策（ウイルス対策ソフトのインストール、OSのアップデート等）を万全にすることを約束いたします。
<input type="checkbox"/>	ID-Link 契約申込済（平成 年 月 日）（※申込の写しを添付してください。）

ご担当者 連携室等	所属部署		電話番号	
	フリガナ		FAX番号	
	氏名		メールアドレス	

※本書類は、金沢大学附属病院地域医療連携室へ提出してください。

〒920-8641 金沢市宝町13番1号  
金沢大学附属病院 地域医療連携室  
Tel 076-265-2039 FAX 076-234-4307  
受付時間 8時30分～17時  
月～金（休診日を除く。）

以下 金沢大学附属病院 記入欄

上記のとおり承認する。	地域医療 連携室長	副室長	地域医療 連携係長	担当者
平成 年 月 日 地域医療連携室長				

受理日	平成 年 月 日
整理番号	担当
SEC報告日	平成 年 月 日