

# 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	印
所在地	(〒 - )
フリガナ 施設長名	
医療機関コード	
<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（ウィ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。

※ 同意いただき、上記欄にチェックをお願いします。

連携室等ご担当者様	所属部署	
	フリガナ 氏名	
	電話番号	
	FAX番号	

※本書類は「ID-Link 契約申込書」と共に金沢大学附属病院へ提出してください。

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郵送日	平成 年 月 日

〒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）