

様式7号

個人情報保護等に関する同意書

県央デルタネット協議会代表者 殿

この度、当施設の職員が、県央デルタネット ID を取得するにあたり、当施設の就業規則における守秘義務を遵守させ、下記の事項を厳守することを同意いたします。

記

1. 当施設で就業規則において守秘義務を定めており、守秘義務違反は懲戒事由としているところ、この度 ID を取得する取得する職員においても、当該各規定の適用対象となることを確約します。
2. 県央デルタネットで得られる診療・介護情報について、診療・介護目的の範囲内でのみ利用し、その範囲外の利用は一切行いません。
3. 県央デルタネット利用者として利用期間中は勿論のこと、利用中止後においても、県央デルタネットより知り得た診療情報を漏らしません。
4. 県央デルタネット利用に必要とする ID・パスワード等を、利用期間中は、当施設の利用者本人の責任において厳重に管理し、他人に対してこれらを譲渡・貸与その他の方法如何にかかわらず知られる事のないようにします。
5. 診療・介護情報への不正なアクセスまたは診療・介護情報の紛失、破壊、改ざん、漏えい、保存、複製などはおこないません。
6. 上記に掲げる事項のほか、個人情報保護に関する法律・条例等ならびに、協議会の定める、規程およびマニュアル等を遵守し、これに違反する行為はしません。
7. 前条各項に違反して、県央デルタネットで得られた診療・介護情報を開示、漏洩もしくは使用したときは法的な責任を負うことを確認し、これにより生じた損害を賠償することを約束致します。

以上

(西暦) 年 月 日

施設名

役職名

氏名

印

事務局処理欄

受理日	(西暦)	年	月	日	施設登録 ID	
-----	------	---	---	---	---------	--