

大阪急性期・総合医療センター 総長様

大阪急性期・総合医療センター診療情報地域連携システムの
利用にかかる誓約書

私は、大阪急性期・総合医療センター診療情報地域連携システムの適正な利用及びデータの安全かつ適正な管理による個人情報の保護等、大阪急性期・総合医療センター診療情報地域連携システム運用及び管理に関する要綱に規定される責務を遵守することを誓約します。

平成 年 月 日

医療機関名

医療機関コード（7桁）

利用者名

自署または押印をお願いします

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日