（様式A4）

地域連携ネットワークシステム「臨海ネット」

利用医誓約書

東京臨海病院　病院長　殿

私は、 「臨海ネット」の利用医師として登録し、臨海ネットを利用することを申請いたします。

なお、「臨海ネット」の利用にあたっては、下記の契約条項に同意します。

申込年月日　西暦　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

申請医氏名（自筆）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

[契約条項]

１　私は、臨海ネットの利用にあたり、地域連携ネットワークシステム「臨海ネット」運用規程を遵守

します。

2　私は、臨海ネットの利用に際し、故意又は過失を問わず、本ネットワークに障害を与えた場合は

その復旧に全面的に協力します。

3　私は、臨海ネットの利用にあたり、個人情報の漏えい等により個人の権利利益が侵害されない

ように善良な管理者の注意をもって臨海ネットを取り扱います。

当該個人情報に係る個人の権利利益を侵害した場合は、故意、重過失、過失等その原因及び

責任の所在によっては、刑事責任の追及や損害賠償の請求を受けても異議がありません。

4　私は、臨海ネットの利用に際し、管理者からネットワークの診療情報の使用方法、保管状況

その他の事項に関する照会を受けたときは速やかに対応します。

5　私は、臨海ネットの運用規程に違反する行為を行った場合は、管理者からネットワークの

使用停止措置（全患者に関する使用停止を含む｡）を受けることがあることを承諾します。