医療・介護情報閲覧に関する誓約書

浪速区在宅連携協議会　会長　様

私はAケアカードの運用規定に示された遵守事項、禁止事項を充分理解した上で、他機関の多職種情報閲覧機能を使用することを誓約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 参加機関名 |  | | | |
| 保険医療機関番号  または  事業所番号 |  | | | |
| 参加機関代表者名 | フリガナ | |  | |
|  | | | |
| 運用責任者名 | フリガナ | | |  |
|  | | | |
| 運用責任者  メールアドレス |  | | | |
| 所在地 | 〒 |  | | |
|  | | | |
| 電話番号 |  | | | |