

# 同意書

イーラーネット医療連携協議会  
会長 殿

私は、イーラーネットシステム参加にあたり、下記の条件を遵守し、システムの運用に支障をきたすことがなきよう、細心の注意を払うことを同意します。

## 記

1. システム接続用USBキーならびに、パスワードの管理は厳重に行うこと。また、紛失時には、事務局（当面は、静岡市立静岡病院）まで、速やかに届け出ること
2. システム接続用USBキーを第三者に貸与・譲渡することを禁止すること
3. システムを通じて収受した個人情報については、厳重に管理し、その責任を負うこと

令和 年 月 日

診療所名

院長名