

《治験モニター用》
 【臨床研究推進センターが確認し提出する】

申請日： 年 月 日

医療情報システム（MINK）利用者登録申請書

私は、医療情報システム利用にあたり誓約事項に同意し、以下のとおり医療情報システム利用者登録を申請いたします。

太枠の中をすべて記入ください（※は必須項目です）。

社名※						パスワード	登録作業完了後初期パスワードをご連絡しますのでご自身で直ちにパスワードを変更してください。						
氏名※ (カナ)						本人確認印	院内連絡先※ (申請者連絡先)						
氏名※ (漢字)													
性別※	男・女		生年月日※	年 月 日 (西暦)									
職種※	<input checked="" type="checkbox"/> 治験モニター(参照権限)					所属会社							
所属※	<input checked="" type="checkbox"/> 臨床研究推進センター												
利用開始※ 希望日	2	0		年		月		日	システムの性質上、本登録内容がシステムに反映されるまで2日以上を要する場合がございます。ご了承ください。				
利用終了 予定日	2	0		年		月		日					

(治 験)

※臨床研究推進センター管理用

医療情報部			臨床研究推進センター★		
課長	係長	担当	センター長	係長	担当

★が利用停止時の申請責任組織

医療情報システム (MINK)
誓約書

私は、患者の診療情報の重要性に鑑み、医療者として身分法に定める守秘義務とその他の医療関連法規、個人情報保護法および法人諸規程等を遵守するとともに、医療情報システム運用管理規程に則り、下記の事項を遵守してシステムを利用することを誓約いたします。

同意事項 (以下の項目を熟読し、内容を十分確認したうえで □内にチェックを入れて下さい)

- 1. 自分が関係する患者以外の情報を閲覧しません。
- 2. MINKから入手した患者等の個人情報や診療情報データを許可なく院外に持ち出しません。やむを得ず情報を持ち出す場合は、別途定められた様式に記入し、所属長の承認を得たうえで届け出ます。
- 3. MINKから知り得た患者等の個人情報や診療情報は一切他人に知らせたり、不当な目的に使用しません。
- 4. 離席する際は、他の人に自分の名前で利用されないよう、また覗き見や情報の抜き取りをされないようMINKをログオフします。
- 5. その他MINKで知り得た診療情報等の個人情報は一切他人に知らせたり、不当な目的に使用しません。
- 6. 項番5は、当院在職中はもちろん転勤退職等で当院を離職した後も遵守します。

年 月 日

署名 _____ (印)

ここからはサービスデスク記入欄です。

			問合せ番号			
受領日	年 月 日	登録日	年 月 日	確認日	年 月 日	
受領者		作業者		確認者		