**＜別紙様式１＞**

**メディカルケアステーション（ＭＣＳ）利用申込書**

**たいとう地域包括ケア推進協議会**

**会長　殿**

　本事業所において、メディカルケアステーションを利用した情報共有を行いたいので、申し込みます。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　事業所名：

事業所住所：　〒

事業所電話番号：

　　　　　管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

　利用者名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　　名 | 性別 | メールアドレス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 複数のスタッフでのメールアドレスの共有はセキュリティ上認められません。

【提出先】

公益社団法人 浅草医師会 事務局

〒111-0034

　東京都台東区雷門1-10-5

　Tel 03-3844-0576

Fax 03-3844-9138

E-Mail　zimu@asakusa-med.or.jp

上記記載の利用者は全員、MCSの利用規約に同意していることを前提とします。

医療機関等

協議会

**＜別紙様式２＞**

**メディカルケアステーション（ＭＣＳ）利用に係る連携守秘誓約書**

**たいとう地域包括ケア推進協議会**

**会長　殿**

**第１条（連携情報保持の誓約）**

私は、メディカルケアステーションを利用する事業所の管理者として、メディカルケアステーションを利用する従事者が法令（法律、政令、省令、条例、規則、告示、通達、事務ガイドライン等を含みます）を遵守するとともに、「たいとう多職種ねっとわーく運用ポリシー」（以下、「運用ポリシー」という。）に基づき、以下の情報（以下、「連携情報」といいます。）の一切を許可なく開示、漏えい又は使用しないよう管理することを誓約します。

　①　患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の個人情報（氏名、生年月日、住所、病歴、治療歴、提供するサービスの計画、提供したサービス内容等のほか、特定の個人を識別することができるものを含みます。）

②　その他連携業務内で知り得た情報（患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の情報はもちろんのこと、それ以外の連携業務内における情報も含みます。）

　③　その他業務に関連して知り得た情報（業務に関連して第三者から提供された情報を含みますがこれに限られません。）

**第２条（連携情報の管理等）**

１私は、従事者が連携情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます。）を使用するにあたって、連携情報を許可なく複写したり、外部に持ち出したり、又は外部に送信したりしないように注意します。

２　私は、機器（携帯電話、ノートパソコンを含みますがこれらに限られません）を業務で使用する場合には、運用ポリシーに基づき機器の管理を行います。また、許可を得た機器に保存されている情報については、業務上不要となった時点で速やかに消去するものとします。

３　私は、従事者に対して個人情報保護やIT機器のセキュリティについて定期的に教育を実施します。

**第３条（利用目的外での使用の禁止）**

　私は、当該情報を連携業務以外で利用しないものとし、患者その他の第三者のプライバシー、その他の権利を侵害するような行為を一切しないものとします。

**第４条（退職後の業務情報保持の誓約）**

　私は、連携を離脱した後も、業務情報の一切を、許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

**第５条（損害賠償）**

　私は、本誓約書の各条の規定に違反した場合、誠意をもって協議致します。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　事業所名

事業所所在地

管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 印

協議会

医療機関等