

(様式1)

合同腫瘍カンファレンス(カンサーボード)参加申込書

平成 年 月 日

(フリガナ)

【氏 名】

【施設名】

【所属部署】

【連絡先】

【希望カンファレンス名】

【希望日時】

※ 本書面に必要事項を記入の上 FAX 又は郵送して下さい。

〒489-8642

愛知県瀬戸市西追分町160番地

公立陶生病院 がん相談支援室 柴山

TEL 0561-82-5101 (内線5427)

FAX0561-87-1636

※以下は記載不要です

受付日 平成 年 月 日

受取者

受付番号 No (-)

「合同腫瘍カンファレンス(カンサーボード)」個人情報保護に関する誓約書

公立陶生病院
病院長殿

私は、公立陶生病院が開催する「合同腫瘍カンファレンス(以下「カンサーボード」という)」に参加するに当たって、以下の事項を確認・同意の上、誓約書を提出いたします。

1. カンサーボードにおいて、知り得た貴院の情報および貴院の患者等の機密を保持し、一切いかなる第三者にも公開・漏洩・利用致しません。
2. この機密のなかには、貴院で知り得た個人情報を含みます。カンサーボード終了後においても知り得た機密を保持し、第三者にも公開・漏洩・利用致しません。
3. 個人情報には細心の注意を払い、個人情報保護法の規定範囲を超えた利用は行いません。
4. カンサーボードにおいて、使用した資料等で、個人情報が特定できるものについては、カンサーボード終了後返却・破棄することに同意致します。
5. 本誓約書に違反して、貴院に損害を与えた場合には、貴院に対してその損害を賠償します。

以上

平成 年 月 日

氏 名: _____

職 種: _____

施 設 名: _____

所属部署: _____

電話番号: _____

※ 本誓約書の有効期限は、平成21年3月31日までとします。翌年度以降も本院が主催するカンサーボードに参加される場合には、新たに誓約書の提出が必要です。

公立陶生病院確認欄

地域連携登録医の確認 (確認者)