社会福祉法人済生会宇都宮病院

医療情報室　御中

ネットワーク接続申請書

下記条件を遵守いたしますので、貴院ネットワークへの接続許可をお願いいたします。

記

■接続先　：□電子カルテ系　　□インターネット系　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　)

■接続機器名／利用システム：　　　　　　　　　　　　 ／

■接続機器メーカー／OS：　　　　　　　　 ／

■ウィルスチェック：□済（最終チェック日時：　　　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分）　　□未

■セキュリティソフト（ウィルス対策ソフト）ソフト名：

■セキュリティソフト環境（AP・パターンファイル等）の最新化：□済　　　□未

（パターンファイルの適用Ver／日時：Ver.　　　　　　／　　　 　 年　　　月　　　日　　　時　　　分）

**※セキュリティソフトが利用できない機器を接続する場合は、インフトール不可理由と、セキュリティソフトがない環境下での安全策をその他欄か別紙(様式フリー)に記入してください**

■その他：

■接続条件：1.ネットワーク接続の際は、十分な注意を払い、申請者自らが使用します。

　　　　　　2.ネットワーク接続の際は、申請理由以外での使用はいたしません。

　　　　　　3.接続期間を遵守します。(接続期間を前後する場合は事前にご連絡し、承諾を得ます。)

　　　　　　4.最新環境のセキュリティソフトが常駐監視している機器のみ接続します。また、接続前にウィルスチェックを行い、安全であることが確認された後に接続します。

　　　　　　5.接続作業の完了後に、医療情報室へ作業報告を行います。

　　　　　　6.本業務の履行に関連して知り得た情報については、他に漏洩することはありません。この申請期間の終了後においても同様とします。

　　　　　　7.申請者(使用者)の不注意により、ネットワーク障害・ウィルス感染・情報漏洩等、損害を与えた場合は、申請者(申請会社及び担当者)の責任にて損害を賠償します。

以　　　　上

申請日　　　　 ：　　　年　　　　月　　　　日

接続期間（予定）：　　　年　　　月　　　日　　時　　分　～　　　年　　　月　　　日　　時　　分

申請者 ：会社名

　　　　　 担当責任者名　　　　　　　　　　　　 　　印

　　　　　 連絡先

　申請理由　　　 ：

※病院担当部署確認欄

年　　月　　日　部署名　　　　　　　　　　　　　部署責任者名　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 医療情報室  責任者 | 医療情報室  担当者 |
|  |  |
| 月　　日 | 月　　日 |

※病院担当者は「病院担当部署確認欄」に署名・捺印の上、医療情報室へ提出して下さい。

※受付記載欄

　接続開始日（実績）：　　　年　　　月　　　日　　時　　分

　接続終了日（実績）：　　　年　　　月　　　日　　時　　分

　接続設定削除確認 ：　　　年　　　月　　　日　　担当者：

　備　考：