

福岡市在宅連携支援システム事業責任者 様

所在地
法人名称
(ふりがな)
代表者名

福岡市在宅連携支援システム利用申請書

福岡市在宅連携支援システムの利用について、福岡市在宅連携支援システム実証事業実施要領（以下「本要領」という。）第10条第1項の規定により、下記のとおり申請します。なお、利用にあたっては本要領および裏面記載の遵守事項を遵守します。

記

1 介護事業所番号・医療機関番号： _____

2 利用組織名： _____

3 利用組織所在地： _____

4 利用組織管理者

役職名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

※福岡市在宅連携支援システムの管理者を利用組織管理者としてください。

5 電話番号： _____

6 FAX番号： _____

7 メールアドレス： _____

8 インストール台数 計 _____ 台(うち Win 版 _____ 台, iOS 版 _____ 台, Android 版 _____ 台)

9 利用組織種別 (※該当するものにチェック)

<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者
<input type="checkbox"/> 施設サービス事業者	<input type="checkbox"/> 保険医療機関	<input type="checkbox"/> 保険薬局

10 利用職種 (※該当するものにチェック)

<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー
<input type="checkbox"/> 介護職員	<input type="checkbox"/> 看護職員	<input type="checkbox"/> リハビリ職員
<input type="checkbox"/> 生活・支援相談員	<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員	<input type="checkbox"/> 栄養士
<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士
<input type="checkbox"/> 薬剤師		

遵守事項

福岡市在宅連携支援システム（以下「本システム」という。）の利用及び業務利用者の管理に関し、下記事項を遵守することを誓約します。

1. 私は提供を受けた資料に係る本人の医療、介護、健診、見守り、投薬、日々の生活情報及び生体情報（以下「ヘルスケア情報」という。）について、私が業として行う業務、関係利用組織及び本人の親族との情報共有以外の目的には使用しません。
2. 私は自組織内の職員その他の従業者であった者が、上記の行為を行わないよう必要な措置を講じます。
3. 私は本人の同意を得ることなく、提供を受けた資料を私が業として行う業務、関係組織及び本人の親族との情報共有以外の目的で複写し又は複製しません。
4. 私は提供を受けた資料を厳重に管理し、並びに紛失し、及び破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失し又は破損した場合は、直ちに福岡市へ報告し、その指示に従い善処します。
5. 私は本人との契約関係が終了した場合その他提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料（複写し又は複製したものを含む。）を本人に提出し又は責任を持って破棄します。
6. 私は本人又は福岡市から、提供を受けた資料の提示又は提出若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

（注）上記の遵守事項に違反した場合、本システムの利用ができなくなる場合があります。