

関西医科大学附属病院登録医契約書 【記入例】

_____ (以下「甲」という。)と学校法人関西医科大学地域医療センター (以下「乙」という。)とは、関西医科大学附属病院登録医制度について、下記のとおり定める。

医療機関名、登録医届出者氏名の順でご記入願います。

記

(目的・実施)

第1条 本契約は、「関西医科大学附属病院登録医に関する規程」に基づいて、乙と甲とが緊密な医療連携を図り、患者に一層きめ細かな医療サービスを提供することを目的に実施する。

空白でお願いします。

(登録期間)

第2条 本書の登録期間は、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から2年間とし、双方に異議がない限り自動更新とする。

(守秘義務)

第3条 本制度で知り得た個人情報については、「関西医科大学個人情報保護規程」に則り、取り扱うものとする。

2 関西医科大学附属病院登録医は各種電子メディアを用いて、これを院外に持ち出すことはできない。但し、紹介患者の検査データ等情報の持ち出しを希望する場合には、予め地域医療連携部に申し出、主治医の許可を得た場合は、この限りではない。

(その他)

第4条 本契約書に定めのない事項及び疑義が生じた場合は、甲乙双方にて協議の上、その都度定めるものとする。

2 本契約書の正確を期するため本書2通を作成し、甲乙記名捺印の上、各1通を所持する。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

空白でお願いします。

医療機関の住所
医療機関名
登録医届出者氏名[㊞]
の順でご記入願います。

甲

㊞

乙 大阪府枚方市新町2丁目3番1号
学校法人関西医科大学地域医療センター
センター長 木下秀文 ㊞