

パスワード確認同意書

令和 年 月 日

北九州脳卒中地域連携パス協議会
委員長 佐伯 覚 殿

住 所：
病 院：
院長名：

印

我々は「脳卒中地域連携パス 北九州標準モデル Ver3 (以下、パス)」のパスワードの取り扱いについて、以下の事項を確認のうえ、同意致します。

記

1. パスワードの利用目的について

取得したパスワードは、パスを電子カルテに導入する際に使用するものであり、パスシートのレイアウトや記載内容を変更致しません。

2. パスワードの第三者提供について

取得したパスワードは、第三者への提供は行いません。

以上