

在宅医療連携BBSシステム・訪問看護記録システム利用申請書
(訪問看護事業所施設登録・ローカル管理者登録)

_____年 _____月 _____日

愛媛県訪問看護協議会 御中

下記のとおり利用します。

1	介護保険事業所番号	
2	事業所名	
3	事業所所在地	〒
4	事業所 TEL	
5	事業所 FAX	
6	申請者 (管理者)	
7	申請者 (管理者) メールアドレス	

【注：必ず事業所の管理者が申請してください。】

申請者 (管理者) にはローカル管理者権限を付与します。

ローカル管理者権限を付与された申請者 (管理者) は、次の責務を負うこととしますので、承知のうえ、申請してください。

- (1) 自らの事業所の従業員で、本システムをしようする従業員に関して、本システムへの登録と抹消を行うこと。
- (2) 上記 (1) に伴い従業員に付与する ID、パスワードを適切に管理すること。
- (3) 事業所全体の取り組みとして、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.2 版を遵守させること。
- (4) 管理者の交替がある場合は、速やかに愛媛県訪問看護協議会へ連絡すること。

以下は、愛媛県訪問看護協議会使用欄

Login ID	Login ID Password	発行日	郵送日

愛媛県医師会地域医療連携ネットワーク
VPN接続申込書
(訪問看護事業所用)

_____年 月 日

愛媛県訪問看護協議会 御中

1	介護保険事業所番号	
2	事業所名	
3	事業所所在地	〒
4	事業所 TEL	
5	事業所 FAX	
6	VPN 接続する 端末の OS 該当するものに○	1. PC(Windows) 台数
		2. PC(Mac) *OS 10.5 以降 台数
		3. ipad 台数

以下の4点を了解したうえで、VPN接続を申し込みします。

1. 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（抜粋）」を遵守すること。
2. 愛媛県医師会地域医療連携ネットワーク規約を承認すること。
3. VPN接続する端末を紛失した場合または廃棄する場合は、事業所の管理者は直ちに愛媛県訪問看護協議会へ連絡すること。
4. この申込みの記載内容は、愛媛県医師会が指定するサポート業者も共有すること。

【注：事業所の管理者が申し込んでください。】

管理者氏名	
管理者電話番号	
管理者メールアドレス	

送付先：愛媛県訪問看護協議会 FAX 089-916-7139