

令和 年 月 日

登録医申込書

独立行政法人国立病院機構

大阪南医療センター 院長 殿

私は、独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター登録医規程に基づき下記のとおり申し込みます。

医療機関所在地	〒	
医療機関名		
電話番号		
FAX 番号		
ふりがな		
申込者氏名		
診療科・専門分野		
申込者の E-mail		
共同診療(どちらかに○)	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない

リーフレット作成・当センターホームページへの掲載について

当センターでは、患者様への情報提供のため、登録医のリーフレット作成、ホームページへの掲載を行っております。ご承諾いただける場合は、下記の「希望する」に☑をつけ、別紙「医療機関情報提供用紙」も合わせてご提出ください。

リーフレット作成	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
ホームページ掲載	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない

個人情報の取扱について

本申込書でいただいた個人情報につきましてはリーフレットの作成のためのみに使用いたします。その際、当該個人情報の漏洩、流出、不正利用等ないよう「個人情報の保護に関する法律」及び本センター関係規定に基づき必要かつ適切な管理を行い、ご本人の承諾なしに保有した個人情報を第三者に提供することはありません。また、上記業務の全部または一部を委託する場合がありますがその場合、委託先に対し契約等により必要かつ適切な管理を行います。