（西暦）　　年　　月　　日

地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター

医療情報システム統括責任者　殿

**医療情報システム利用誓約書**

私は、監査又はモニタリングに限り、利用端末を限定して、宮城県立がんセンターの医療情報システムを利用します。

利用に際して、宮城県立がんセンターの医療情報システム運用管理規程を遵守致します。

また、利用期間中及び利用期間終了後において、正当な理由なく、貴センターで得た患者情報を第三者に漏洩しないことを誓います。

研究課題番号　：

研究課題名　　：

（西暦）　　　　年　　月　　日

利用者：　名称・所属

氏　 　名　　　　　　　　　　　印

生年月日

　私は、上記誓約者に関する一切の責任を負うことを誓います。

監督者：　所　　属

(研究責任医師

又は分担医師)

氏　　名 　　　　　　　　　　印