

# パスワード管理同意書

パスワード：

※半角大文字・半角英数字を使用した5文字のものを記載ください

※アルファベットのみ・数字のみも可能です

生年月日（西暦）：

年月日

- ①記載いただいたパスワードは、当医院で厳重に管理いたします
- ②パスワードは、患者様個人が Web 上で検査結果をご確認いただく目的以外では使用いたしません
- ③Web 上での検査結果のご確認は、検査後 2 週間までとなり、以降の結果のご確認は Web 上では不可となりますのでご了承ください  
また、陽性反応の場合は、当医院より保健所への報告をさせていただきますのでご了承ください
- ④当医院は、パスワードの第三者提供はいたしません

以上

私は、上記取り扱い事項について同意いたします

年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_