「化学療法プロトコールページの ID・パスワード」について

「ID・パスワードを希望」をされる施設の薬局長より、申請ください

病院名・薬局名（店舗名含む）： _____

薬局長名： _____

連絡先　電話番号： _____

連絡先　FAX 番号： _____

連絡先　E-mail： _____ @ _____

ID・パスワードの返信は、FAX、または E-mail とさせていただきます

どちらを希望しますか？　　FAX　・　E-mail

北海道大学病院の化学療法プロトコールについて、ホームページを用いた資料閲覧に関して、下記運用に同意します。

1．公開されたプロトコールは、標準治療スケジュールが掲載されており、患者に対して化学療法を適切に行うために閲覧することを目的とする（当院の院外処方せんを受けている）
2．治験や臨床試験を除く、医師による公開許可の得られたプロトコールのみ公開する
3．掲載された化学療法プロトコールに関する情報の配布、複製等の行為は固く禁じる
4．閲覧には ID とパスワードを要し、ID とパスワードは同意した施設内でのみ使用を許可する
5．これら同意事項に反した場合、または運用に支障があると判断した場合には、許可なく同意を取り消す場合がある
6．同意内容の変更については、必要時連絡を行う

以上

FAX（011）706-7616

2018.05 版