

ハートネットホスピタル 情報漏洩等報告書

令和 年 月 日

（金沢市医師会及び連携先機関）様

住 所
施設名
代表者名

ハートネットホスピタル運用規程第 9 条に基づき、下記のとおり報告します。

| 種 別 | <input type="checkbox"/> 紛失 | <input type="checkbox"/> 盗難 | <input type="checkbox"/> 情報漏洩 |
|-----------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 事 故 発 生 場 所 | | | 事 故 者 の 氏 名 |
| 発 生 年 月 日 | | | 発 覚 年 月 日 |
| 情 報 保 護 措 置 | <input type="checkbox"/> 措置有 <input type="checkbox"/> 一部措置有 <input type="checkbox"/> 措置無 <input type="checkbox"/> 不明 具体的に措置内容 （暗号化の実施など） | | |
| 事 故 内 容 | （具体的に記すこと） | | |
| 対 応 状 況 | （具体的に記すこと） | | |
| 発 生 原 因 分 析・問 題 認 識 等 | | | |
| 再 発 防 止 策 等 | | | |
| 備 考 | | | |