

記入箇所説明書

置賜地域医療情報ネットワークシステム利用申請書

置賜地域医療情報ネットワーク協議会長 殿

置賜地域医療情報ネットワークシステムの運用規程を理解したうえで、同システムを利用したいので申請致します。

また、同システムの利用にあたり地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用約款に同意して契約します。

申請日を記入ください

申請日 : 令和 年 月 日

【施設情報】

申請施設の情報を記入ください

医療施設名 : _____

施設住所 : _____

施設長名 : _____ (自署又は公印)

電話番号 : _____ FAX : _____

【代表利用者情報】(施設長自身の申請の場合もご記入下さい。)

ふりがな

氏名 : _____ 男・女

生年月日 : 昭和・平成 年 月 日

専門診療科 : _____

システムを利用する代表者の情報を
記入ください

E-mail : _____

※診療科・E-mailは、本システムの統計・連絡手段として利用予定ですので、ご記入願います。利用目的以外の利用は致しません。

※別紙「利用職員詳細取りまとめ」にご記入願います(代表者分も含め)。

〈事務局取扱欄〉

受理者

申請受理日 : 令和 年 月 日

利用者職員詳細取りまとめ

代表利用者も含め、システム利用をする職員の情報を記入ください

フリガナ 氏名		性別		事由	新規
生年月日		診療科			変更
希望 ID		希望 パスワード			取消し
フリガナ 氏名		性別		事由	新規
生年月日		診療科			変更
希望 ID		希望 パスワード			取消し
フリガナ 氏名		性別		事由	新規
生年月日		診療科			変更
希望 ID		希望 パスワード			取消し
フリガナ 氏名		性別		事由	新規
生年月日		診療科			変更
希望 ID		希望 パスワード			取消し
フリガナ 氏名		性別		事由	新規
生年月日		診療科			変更
希望 ID		希望 パスワード			取消し

※希望 ID : 半角英数字 5 文字以上 10 文字以内

※希望パスワード : 半角英数字 5 文字以上 16 文字以内

※ID・パスワードが決定次第、協議会事務局より連絡致します。