

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いたします。

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 : 令和 年 月 日

【施設情報】

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ください。)

ふりがな		
氏名	:	_____ 男・女
生年月日	:	昭和・平成 年 月 日
E-mail	:	_____

※E-mailは、本システムの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いたしません。

※別紙「利用職員詳細取りまとめ」にご記入願います(代表者分も含む)。

<事務局取扱欄>

申請受理日 : 令和 年 月 日

受理者

利用者職員詳細取りまとめ

ふりがな 氏名		性別		事由	新規
生年月日		職種			変更
希望 ID		希望 パスワード			取消し
ふりがな 氏名		性別		事由	新規
生年月日		職種			変更
希望 ID		希望 パスワード			取消し
ふりがな 氏名		性別		事由	新規
生年月日		職種			変更
希望 ID		希望 パスワード			取消し
ふりがな 氏名		性別		事由	新規
生年月日		職種			変更
希望 ID		希望 パスワード			取消し
ふりがな 氏名		性別		事由	新規
生年月日		職種			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いたします。