

(様式第1号)

# 扇状地ネット利用申請書

(個人ID登録用)

黒部市民病院地域医療連携室 宛

扇状地ネットの趣旨、利用規定を理解したうえで利用を希望しますので利用申請を致します。

申請日: 平成 年 月 日

所属施設名: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

(以下登録申請者情報:所属施設長自身の申請の場合もご記入ください)

フリガナ  
氏名: \_\_\_\_\_ 男 女

生年月日: 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

Eメールアドレス: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

職種: 医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師・ケアマネジャー・リハビリ療法士

(丸で囲んでください)

後日、利用者規定に則った、ID・パスワード発行、会費などについてのご案内を差し上げますので内容のご確認をよろしくお願いいたします。

注:本書類は黒部市民病院地域医療連携室(フレンジイ)へ提出してください。

(地域医療連携室取扱欄)

受理日: 平成 年 月 日 ( 郵送 ・ FAX ・ その他 )

会員番号

--	--	--	--

本書は地域医療連携室にて保管

地域医療連携室
日付 /

地域医療連携室長
日付 /

情報企画係
日付 /