

# 扇状地ネット 個人登録 兼 利用申請書

黒部市民病院 扇状地ネット管理委員長 殿

新川地域医療連携ネットワーク「扇状地ネット」の趣旨、利用規程等について合意のうえ、同ネットワークに参加し、「扇状地ネット」を利用したいので申請を致します。

申請日	20          年                  月                  日		
所属施設名		医療機関番号または 介護保険事業所番号	
施設住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
所属施設長	※自署又は公印		印

▼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）

ふりがな		性別	男          ・          女	
氏名		生年月日	大正 昭和 平成	年          月          日生
職種	<input type="checkbox"/> 医師/歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 理学療法士/作業療法士 <input type="checkbox"/> その他（    ）			
診療科または所属部署				
Eメールアドレス	@			

- ▶本書類は、扇状地ネット管理委員会事務局へ提出してください。
- ▶後日、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、内容のご確認をお願いいたします。

扇状地ネット管理委員会 事務局（黒部市民病院 地域医療連携室/フレンディ 内）  
〒938-8502 黒部市三日市 1108-1    電話：0765-56-7230    FAX：0765-54-2981

\*\*\*\*\*

【事務局取扱欄】

申請書受理日：20          年                  月                  日 （ 郵送          ・          FAX          ・          その他          ）

扇状地ネット会員番号      

--	--	--	--

本書は委員会事務局にて保管

地域医療連携室長	地域医療連携室師長	受付	情報管理課
日付 /	日付 /	日付 /	日付 /