

市立池田病院地域医療連携ネットワークシステム 利用者登録等申請書

地域医療連携推進委員長 様

「地域医療連携ネットワークシステム」の利用者登録・変更・削除について、以下のとおり申請いたします。なお、利用者に対しては、「地域医療連携ネットワークシステム運用管理規程」に基づいた教育・周知を行います。

管 理 責 任 者	申 請 日	令和 年 月 日
	施 設 名	
	施 設 長 氏 名 (自著もしくは公印)	
	管 理 責 任 者 氏 名	
	電 話 番 号	
	F A X 番 号	
	メ ー ル ア ド レ ス	

利 用 者	申 請 区 分	<input type="checkbox"/> 利用者登録 <input type="checkbox"/> 申請内容変更 <input type="checkbox"/> 利用者削除 (削除希望日 月 日)
	利 用 者 氏 名 (自著もしくは押印)	(ふりがな)
	職 種	<input type="checkbox"/> 医師／歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 従業員 (職種:)
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	利 用 資 格	<input type="checkbox"/> 下記要件を満たしていること ・ 入会施設の従業員であること ・ 運用管理規程を理解し遵守できること
	変 更 時 記 載 欄	利用者 ID : 変更内容 :

※利用者毎に申請お願いします。

※以下、事務局取扱欄

受理日：令和 年 月 日

完了日：令和 年 月 日

事務局受付	市立池田病院	推進委員会
/	/	/