

## 市立池田病院地域医療連携ネットワークシステム 入会等申請書

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・退会を希望するので「地域医療連携ネットワークシステム運用管理規程」に同意のうえ、以下を申請いたします。

申 請	申 請 日	令和 年 月 日					
	申 請 区 分	<input type="checkbox"/> 入会 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退会 (退会日 月 日)					
請	変 更 内 容						
利 用 施 設	施 設 名	(ふりがな)					
	代表者または開設者 氏 名	(ふりがな)					
	施 設 長 氏 名 (自著もしくは公印)	(ふりがな)					
	住 所	〒 -					
	医 療 機 関 コ ー ド						
	所 属 団 体	<input type="checkbox"/> 所属団体なし <input type="checkbox"/> 所属団体あり <div style="float: right; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; margin-left: 10px;">           所 属 団 体 名 :         </div>					
	申 請 資 格	<input type="checkbox"/> 市立池田病院連携登録医・歯科医 <input type="checkbox"/> 市立池田病院連携登録薬局 <input type="checkbox"/> その他					
管 理 責 任 者	責 任 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"/> 他 ( )					
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日					
	電話番号／FAX番号	(TEL) / (FAX)					
	メールアドレス(必須)						

※管理責任者に代わって窓口となる担当者がおられる場合は以下を記入してください。

窓 口 担 当 者	氏 名	(ふりがな)					
	職 種	<input type="checkbox"/> 医師／歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 他 ( )					
	電話番号／FAX番号	(TEL) / (FAX)					
	メールアドレス						
	特 記						

※本申請内容に変更があった場合は変更申請をお願いします。利用者の登録等は「利用者登録等申請書」、パソコンの設定等は「利用パソコン設定等申請書」を別途申請下さい。

※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
/	/	/