記入箇所説明書

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。

申請日をご記入ください

申請日　：　令和　　年　　月　　日

【施設情報】

申請施設の情報をご記入ください

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　：

システムを利用する代表者の情報をご記入ください

※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

代表利用者も含め、システム利用をする職員の情報をご記入ください

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。

置賜地域医療情報ネットワーク協議会事務局　公立置賜総合病院医療連携・相談室
TEL：0238-46-5000　FAX：0238-46-5721