

令和 年 月 日

まほろばネット利用者ID追加申込書

施設名：済生会中和病院・国保中央病院・桜井病院・奈良県リハビリテーションセンター・その他（ ）

まほろば医療連携ネットワークに利用者として参加したいので、以下のとおり申請いたします。なお、当該ネットワークの参加にあたっては、貴協議会諸規程並びに関係法令を遵守し適正な利用を行うことを誓います。

	ログインID	パスワード	漢字氏名	ふりがな	性別	生年月日	職種	印
1					男・女		医師・看護師・事務・その他（ ）	
2					男・女		医師・看護師・事務・その他（ ）	
3					男・女		医師・看護師・事務・その他（ ）	
4					男・女		医師・看護師・事務・その他（ ）	
5					男・女		医師・看護師・事務・その他（ ）	
6					男・女		医師・看護師・事務・その他（ ）	
7					男・女		医師・看護師・事務・その他（ ）	
8					男・女		医師・看護師・事務・その他（ ）	
9					男・女		医師・看護師・事務・その他（ ）	
10					男・女		医師・看護師・事務・その他（ ）	

※ログイン名・パスワードは、半角英数字5文字以上でお願い致します

まほろば医療連携ネットワーク協議会事務局：国保中央病院地域支援センター
TEL：0744-32-8800・FAX：0744-32-5999・Eメール：chiiki@kokuhp.or.jp