

利用者登録申請書

(まほろばネット参加施設登録申請書)

まほろば医療連携ネットワーク（まほろばネット）協議会 様

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、貴協議会諸規定ならびに関係法令を順守し、適正な利用を行うことを誓います。

利用者登録申請日：令和 年 月 日

(フリガナ)	
施設名：	_____
(〒 _____)	
施設住所：	_____
電話番号：	_____ FAX 番号： _____

(フリガナ)	
利用者氏名：	_____ 性別 男 ・ 女
メールアドレス：	_____
(上記アドレスを協議会メーリングリストに登録に登録させていただきます。)	
ログインID：	_____ パスワード： _____
(半角英数字 5 字以上でお願いします)	(半角英数字 5 字以上でお願いします)
職種：医師・看護師・事務・その他 (_____)	

※平素は、まほろばネットの推進につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。まほろばネットを利用するにあたり ID - L i n k での利用者登録が必要になります。つきましては上記必要事項にご記入いただき、下記まで F A X していただきますようお願い申し上げます。

まほろば医療連携ネットワーク事務局：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@kokuho-hp.or.jp

【まほろばネット事務局】《事務局取扱欄》

・まほろばネット運営委員会協議日 承認 不承認 平成 年 月 日

・まほろばネット利用開始日 平成 年 月 日