

岩手中部地域医療情報ネットワークシステム施設参加申込書

特定非営利活動法人岩手中部地域医療情報ネットワーク協議会 会長 様

岩手中部地域医療情報ネットワークシステム施設参加・利用規約に同意し、下記の通り申し込み致します。

なお、当該ネットワーク参加にあたっては、岩手中部地域医療情報ネットワークシステム施設参加・利用規約、岩手中部地域医療情報ネットワークシステム個人情報取扱規約及び関係法令を遵守すると共に、個人情報保護を徹底し、適正な利用を行ないます。

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

利用施設情報

施設名	フリガナ
施設種別	病院 ・ 医科診療所 ・ 歯科診療所 ・ 薬局 ・ 介護事業所 訪問看護ステーション ・ その他（ ）
施設管理者名	フリガナ
住所	〒
電話番号	

・利用開始日は、本申込書の提出後、岩手中部地域医療情報ネットワーク協議会が通知した日とする。

住 所： _____

氏 名： _____ 印

※ネットワークにご参加される施設の責任者・管理者の方がご記入下さい。

(事務局取扱欄)

□施設参加申込書受理日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日