ＮＰＯ法人　魚沼地域医療連携ネットワーク協議会

「うおぬま・米（まい）ねっと」参加申込書

特定非営利活動法人

魚沼地域医療連携ネットワーク協議会　宛て

特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会ネットワークシステムでの情報共有に関する規約に同意し、下記のとおり申し込みます。

また、米ねっと事務局によるID-Linkへの代理申込みについても同意致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込区分 | 新規 | 申込日 | | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 | 市・町 | | |
| ふりがな |  | | | 医療機関コード |
| 施設名※ |  | | |  |
| 電話番号 |  | | FAX番号 |  |
| 代表者名 | 職名 | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |
| ふりがな |  | | | |
| 表示名 |  | | | |
| 施設種類 | □病院（一般病床数　　　　床/他（　　　　　　）　　　　　　　床）  □有床診療所（　　　　床）　　　□無床診療所　　　□歯科診療所  □調剤薬局　　　□自治体　　　□研究機関  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ﾈｯﾄﾜｰｸ  担当部署 |  | | 担当者名 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | 電話：　　　　　　　　FAX： | |
| 特記事項 |  | | | |

※：法人格等もご記入ください。

**□　介護連携システム（Team）についても導入を希望する　(希望する場合、チェックを入れてください)**

………………　【以下受付窓口・事務局処理欄】申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。　………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 事務局長 | 処理者 | 処理日 | | 受付日 | |
|  |  |  | FAX | /　　　/ | FAX | /　　　/ |
| 原本 | /　　　/ | 原本 | /　　　/ |