

入 会 申 込 書

年 月 日

一般社団法人医療ネットワーク岡山協議会長 殿

貴協議会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

今回、利用しようとする機能の番号を○で囲んでください	1 基本機能 (医療情報連携)	2 拡張機能 (ケアキャビネット)
既に、利用している機能があればその番号を○で囲んでください	1 基本機能 (医療情報連携)	2 拡張機能 (ケアキャビネット)
①	(ケアキャビネットの)グループ名	
②	(フリガナ)施設名(漢字)	
③	施設の所在地	〒
④	電話番号	
⑤	FAX番号	
⑥	医療機関コード	
⑦	許可病床数	
⑧	(フリガナ)職・氏名 (管理者又は管理者が委任した者)	印
⑨	施設の職員番号 (施設での個人認証番号があれば記入してください)	
⑩	性別	
⑪	生年月日	
⑫	メールアドレス	
⑬	免許番号	No.
⑭	種別 (いずれかを○で囲んでください)	開設者・管理者・その他
⑮	職種	
⑯	専門診療科 (医師のみ記入)	
⑰ 連絡 窓 口	部署名	
	担当者名	
	電話番号	
	FAX	
	メールアドレス	

注1: 施設名、氏名については、晴れやかネットホームページなどで公表しますので、あらかじめご了承ください。

注2: 医療情報連携システム小規模医療機関情報送出システム開示「シェアメド公開」、ケアキャビネットシステム「介護認定機能」を使用される場合は別途利用申込書の提出が必要となります。協議会までご連絡ください。

注3: ケアキャビネットでグループ一括請求発行を利用する場合は別途利用申込書の提出が必要となります。

(事務局取扱欄)

受理日: 年 月 日

- 設置工事に関する事前調査シート受理 (年 月 日)
 所属医師会等 (メーリングリスト登録
 (開示施設のみ) 情報公開範囲の調査票受理 (年 月 日)