

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。

現在、利用している機能の番号を○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)
(ケアキャビネットの)グループ名		
施設名		
施設の所在地	〒	
役職・氏名 (管理者又は管理者が委任した者)	印	
連絡担当者氏名		
連絡先電話番号		

準会員申込者記入欄

No	姓	名	(カナ) 姓	(カナ) 名	性別	生年月日	職種	職員 ID	免許番号	専門科 (医師のみ記入)	メールアドレス	利用する機能
1												基本機能 拡張機能
2												基本機能 拡張機能
3												基本機能 拡張機能
4												基本機能 拡張機能
5												基本機能 拡張機能
6												基本機能 拡張機能
7												基本機能 拡張機能
8												基本機能 拡張機能
9												基本機能 拡張機能
10												基本機能 拡張機能

(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)