

入会申込書

平成 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。

1. 施設名
2. 施設の所在地 〒

フリガナ
3. 役職・氏名
(管理者又は管理者が委任した者)

印

注1: 閲覧施設の場合記入してください。(開示のみの施設は記入不要)

施設の 職員番号: _____		性別: 男・女
↓いずれかに○をつけてください。		免許番号 NO _____
種別	開設者・管理者・その他※	医師のみ記入 専門診療科 _____
職種	医師・歯科医師・薬剤師 ※管理者の委任した者	
生年月日: (大正・昭和・平成) 年 月 日		
メールアドレス: _____		

4. 医療機関コード
5. 許可病床数 (開示施設のみ記入してください。)
6. 電話番号
7. FAX 番号
8. 連絡窓口

担当部署名		担当者名	
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			

注2: 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。

(事務局取扱欄)

受理日: 平成 年 月 日

- VPN 設置に関する事前調査シート受理 (平成 年 月 日)
- 所属医師会 ()
- メーリングリスト登録 (全体・閲覧・開示)
- 情報公開範囲の調査票受理 (平成 年 月 日)
- 導入システム (HumanBridge・ID-Link)