

(施設 → 協議会事務局 FAX 0268-24-6603)

## 上小地域医療連携ネットワークシステム運営協議会

### 施設入会申請書

(協議会参加のための施設登録申請書)

上小地域医療連携ネットワークシステム運営協議会会長 殿

上小地域医療連携ネットワークシステム運営協議会の利用者規程、マニュアルを理解したうえで、上小メディカルネットを利用したいので入会を申請致します

申請日：令和 年 月 日

施設名： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

フリガナ

開設者氏名： \_\_\_\_\_ 代表者氏名： \_\_\_\_\_

システムを利用する職種、氏名を記入して下さい。

職種 医師、薬剤師、看護師 氏名 \_\_\_\_\_

職種 医師、薬剤師、看護師 氏名 \_\_\_\_\_

記載欄が不足する場合には、別紙(任意)に職種、氏名を記入して提出して下さい。

(連絡先 申請書受理後に原則Eメールにて事務局よりご案内を差し上げます。)

連絡担当者名： 役職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

Eメールアドレス： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX番号： \_\_\_\_\_

〈事務局〉

〒386-8610 上田市緑が丘1-27-21 信州上田医療センター 企画課

電話0268-22-1890 FAX 0268-24-6603

(事務局取扱欄)

入会申請受理日：令和 年 月 日

会費納付確認日：令和 年 月 日