

(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 : 平成 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