

## 大分県医療情報ネット施設参加申請書

大分県医療情報ネット統括管理者 殿

大分県医療情報ネットの趣旨、各種関連ガイドラインを理解した上で閲覧施設として参加し、大分県医療情報ネットを利用したく参加申請を致します。

申請日： 20 年 月 日

施設名： \_\_\_\_\_

ふりがな

開設者氏名： \_\_\_\_\_

ふりがな

院長氏名： \_\_\_\_\_

(自署あるいは公印をお願いします)

施設種別： 病院 一般診療所 歯科診療所 薬局 訪問看護ステーション  
介護福祉施設 その他 ( )

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX 番号： \_\_\_\_\_

代表 e-Mail： \_\_\_\_\_

窓口 (担当者名)： \_\_\_\_\_

(メーリングリスト登録に使用いたします)

※ 本書類は【利用者登録申請書】と共に大分県医療情報ネット事務局へ FAX にて提出してください。【施設参加申請書】は最初の施設参加申請時1回のみ提出でよいです。

本書は貴施設にて保管してください。

大分大学医学部附属病院医療情報部内

大分県医療情報ネット事務局

〒879-5593 由布市挾間町医大ヶ丘 1-1

TEL：097-586-5486 FAX：097-586-6324

事務局受付済	統括管理者
日付 /	日付 /