様式第１号（第６条関係）

おおいた医療ネット利用者会員申込書

おおいた医療ネットワーク運営協議会

運用責任者　様

運用管理規程等の内容を理解の上、協議会に参加し、以下のとおりおおいた医療ネット利用者会員の申し込みをします。

※下記太枠部分をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設情報記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請日 | 令和　　　年 　　月 　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 会員種別 | 開示施設会員（その他開示施設） | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表電話 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表FAX |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 床 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |
| 連絡窓口 | | 担当者 | | | | | 部署名 | | | | | 職種 | | | |
| 電話番号 | | | FAX | | | | | メールアドレス | | | | | |

※本書をコピーしたものを控えとして管理してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会長印 | 運用責任者印 | 事務局受付印 |
|  |  |  |