

ユーザーID 登録申込書

おおいた医療ネットワーク運営協議会

運用責任者 様

おおいた医療ネットへログインするための ID の登録を申込みいたします。

※下記太枠部分をご記入ください。

| | |
|-------------|---|
| 申請日 | 令和 年 月 日 |
| 利用者会員名（施設名） | |

【施設管理者】

| | | | | | | | | |
|----|----|------|----|---------|-----|-----|-----|-----|
| カナ | 性別 | 生年月日 | 職種 | 医師/歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | 助産師 | MSW |
| 氏名 | | | | | | | | |
| カナ | 性別 | 生年月日 | 職種 | 医師/歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | 助産師 | MSW |
| 氏名 | | | | | | | | |

【医療従事者】※下記太枠部分をご記入ください。

| | | | | | | | | |
|----|----|------|----|---------|-----|-----|-----|-----|
| カナ | 性別 | 生年月日 | 職種 | 医師/歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | 助産師 | MSW |
| 氏名 | | | | その他（ ） | | | | |
| カナ | 性別 | 生年月日 | 職種 | 医師/歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | 助産師 | MSW |
| 氏名 | | | | その他（ ） | | | | |
| カナ | 性別 | 生年月日 | 職種 | 医師/歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | 助産師 | MSW |
| 氏名 | | | | その他（ ） | | | | |
| カナ | 性別 | 生年月日 | 職種 | 医師/歯科医師 | 薬剤師 | 看護師 | 助産師 | MSW |
| 氏名 | | | | その他（ ） | | | | |

| | | | |
|------|------|-----|---------|
| 連絡窓口 | 担当者 | 部署名 | 職種 |
| | 電話番号 | FAX | メールアドレス |

※その他（医療事務等）については施設管理者にて開示項目を変更することができます。

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