

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

**【医療従事者】** ※下記太枠部分をご記入ください。

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