

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									
(ふりがな) 施 設 名										
(ふりがな) 代 表 者 名										
住 所										
代表電話										
代表 FAX										
許可病床数 ※1月1日時点										
医療機関番号										
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