

JCHO大阪病院地域医療連携ネットワークシステム利用申請書

JCHO大阪病院 院長 様

「地域医療連携ネットワークシステム（大阪病院ネット）利用者規定」について同意の上、下記の通り大阪病院ネットに参加を希望いたします。

申請	申請日	年 月 日		
	申請区分	<input type="checkbox"/> 入会	<input type="checkbox"/> 施設情報変更	<input type="checkbox"/> 利用者追加
	変更内容			
施設情報	医療機関 名称	(ふりがな)		
	医療機関コード	都道府県番号2桁	1	医療機関番号7桁
	医療機関 住所			
	電話 / FAX	(TEL)	(FAX)	
管理責任者	責任者 氏名	(ふりがな)		
	職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 ()
	メールアドレス			
利用端末数		()	台	※端末毎に電子証明書をご用意します
特記事項				

※管理責任者以外に利用を申請する方がおられる場合は以下を記入してください。

利用者①	担当者 氏名	(ふりがな)		
	職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用者②	担当者 氏名	(ふりがな)		
	職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 ()

(地域医療支援センター記入欄) 受付日： 年 月 日 / 登録日： 年 月 日