

様式①

荒尾市民病院 地域医療連携システム（通称：ありあけネット）
登録申請書（医師個人ID発行申請）

荒尾市民病院 病院事業管理者 様

地域医療連携システム（診療情報の参照等）の趣旨、利用者規定を理解した上で、地域医療連携システムに参加し、利用したいので以下の通り登録申請をいたします。

申請日 : _____年 _____月 _____日 医療機関コード : _____

所属施設名 : _____ 総病床数 : _____

電話番号 : _____ FAX : _____

所属施設院長 : _____（自署又は公印）

以下、登録申請医師情報 : 所属施設長自身の申請の場合もご記入ください

フリガナ	
医師氏名 : _____	生年月日 : _____年 _____月 _____日
電話番号 : _____	FAX : _____
メールアドレス : _____	@ _____

後日、利用者規定に基づきID・パスワードの発行、運用マニュアル等のご案内を差し上げます。

注：本書類は事務局へ提出してください

《事務局使用欄》

受付日 : _____年 _____月 _____日

- 申請医療機関への連絡（ _____月 _____日済）
連絡方法 電話 FAX
電子メール
その他（ _____ ）

事務局確認	責任者確認

本書は事務局にて保管