様式①

# 荒尾市立有明医療センター　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）

荒尾市立有明医療センター　荒尾市病院事業管理者　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

| 事務局確認 | 責任者確認 |
|---|---|
| | |

□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（　　）

本書は事務局にて保管