様式１

愛媛県立中央病院地域医療連携ネットワーク

「媛さくらネット」利用申込書

愛媛県立中央病院長　様

「媛さくらネット」の趣旨、運用規程 、ID-Link利用約款及び各種法令等を遵守し、利用施設としての責任を理解のうえ、媛さくらネットを利用したく申し込みいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| ふりがな |  | | |
| 医療機関名 |  | | |
| 代表者氏名 | 印  ※自署又は公印をお願いします | | |
| 連絡担当者  部署及び氏名 | 部署 | | |
| 氏名 | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| TEL |  | FAX |  |
| メールアドレス | ＠ | | |
| 現在、ID-Linkを利用　　　　　□　している　　　　□　していない | | | |

**※　利用者届兼誓約書（様式２）も併せて提出願います。**

【ここから下は　愛媛県立中央病院　記入欄です】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 看護長 | 連携室長 |
| ／ | ／ | ／ |

〒790-0024　愛媛県松山市春日町83番地

愛媛県立中央病院　地域医療連携室

（電話）089-987-6270

（FAX）089-987-6271