

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 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 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】 -----

〒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

担当者	看護長	連携室長
/	/	/