

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 | | |
| 部署及び氏名 | 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 |
|-----|-----|------|
| / | / | / |