

千葉県済生会習志野病院 地域医療連携ネットワークシステム

利用者登録申請書

申請日： 年 月 日

千葉県済生会習志野病院 病院長 殿

私は「地域医療連携ネットワークシステム運用規定」を確認し、その内容について理解・同意したので利用者の登録を申請します。

【申請者記入欄】 ※太枠線内のみご記入ください

フリガナ	
氏名	印
生年月日	年 月 日
申請区分	新規 ・ 登録内容変更 (いずれかに○をしてください)
医療機関コード	
施設名	
連絡先電話番号	() -
メールアドレス	

【お問い合わせ先】

千葉県済生会習志野病院 医療連携室
〒275-8580 千葉県習志野市泉町1-1-1
(TEL)047-473-1281 (代表) (FAX)047-473-1286

-----< 習志野病院使用欄 >-----

- 内容チェック (記載内容に不備がないか)
- 重複チェック (二重登録に該当しないか)
- 従事施設チェック (連携先医療施設であるか等)

(VPN接続)

ID番号	
パスワード	

(処理)

受理日	通知日	台帳記入