

## 堺市地域医療情報ネットワークシステム

### 利用申込書（情報閲覧施設用）

堺市地域医療情報ネットワーク運営協議会会長 殿

堺市域の地域医療連携の構築を目的とした「堺市地域医療情報ネットワークシステム」の趣旨、「堺市地域医療情報ネットワーク運用規程」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（厚生労働省）」を遵守し、閲覧施設・利用者としての責任を理解の上、利用を申し込みます。

年 月 日

ふりがな .....

施 設 名 :

代表者氏名 : (役職 )  
(開設者又は管理者)

| ※医療機関コード |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2        | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |

〒

施 設 住 所 :

T E L : F A X :

E-mail: @ ※協議会のML等で使用いたします。

申込担当者氏名 : (部署 )

※ 医療機関コードがない施設は空白で結構です。  
※ 登録した施設名は、堺市地域医療情報ネットワーク運営協議会ホームページ等で公表させていただきます。

|                                   |         |   |   |   |
|-----------------------------------|---------|---|---|---|
| 事務局記入欄                            | 申請受理日 : | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> / 施設登録依頼 |         |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> / 利用者登録  |         |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> / 登録完了通知 |         |   |   |   |