宛先）市立池田病院　地域医療連携室 様式１

**市立池田病院地域医療連携ネットワークシステム**

**入会等申請書**

地域医療連携推進委員長　様

「地域医療連携ネットワークシステム」の利用・退会を希望するので「地域医療連携ネットワークシステム運用管理規程」に同意のうえ、以下を申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請 | 申請日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 申請区分 | □入会　□変更　□退会（退会日　　 月　　日） | | | | | | | | |
| 変更内容 |  | | | | | | | | |
| 利用施設 | 施設名 | （ふりがな） | | | | | | | | |
| 代表者または開設者  氏名 | （ふりがな） | | | | | | | | |
| 施設長氏名  （自著もしくは公印） | （ふりがな） | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | |
| 医療機関コード |  |  |  |  | | |  |  |  |
| 所属団体 | □所属団体なし  □所属団体あり | | | 所　属  団体名： | | | | | |
| 申請資格 | □市立池田病院連携登録医・歯科医  □市立池田病院連携登録薬局 | | | | | | | | |
| 管理責任者 | 責任者氏名  （自著もしくは押印） | （ふりがな） | | | | | | | | |
| 職種 | □医師／歯科医師　□薬剤師　□他（　　　　　　） | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 電話番号／ＦＡＸ番号 | (TEL) | | | | ／ | (FAX) | | | |
| メールアドレス(必須) |  | | | | | | | | |

※管理責任者に代わって窓口となる担当者がおられる場合は以下を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 窓口担当者 | 氏名 | （ふりがな） | | |
| 職種 | □医師／歯科医師　□薬剤師　□他（　　　　　　） | | |
| 電話番号／ＦＡＸ番号 | (TEL) | ／ | (FAX) |
| メールアドレス |  | | |
| 特記 |  | | |

※本申請内容に変更があった場合は変更申請お願いします。利用者の登録等は「利用者登録等申請書」、パソコンの設定等は「利用パソコン設定等申請書」を別途申請下さい。

※以下、事務局取扱欄

事務局受付

市立池田病院

推進委員会

／

／

／

受理日：令和　　年　　月　　日

完了日：令和　　年　　月　　日