宛先）市立池田病院　地域医療連携室 様式３

**市立池田病院地域医療連携ネットワークシステム**

**利用者登録等申請書**

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」の利用者登録・変更・削除について、以下のとおり申請いたします。なお、利用者に対しては、「地域医療連携ネットワークシステム運用管理規程」に基づいた教育・周知を行います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理責任者 | 申請日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 施設名 |  |
| 施設長  氏名  （自著もしくは公印） |  |
| 管理責任者  氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 申請区分 | □利用者登録　□申請内容変更  □利用者削除（削除希望日　　 月　　日） |
| 利用者  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  □従業員（職種：　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　年　　月　　日 |
| 利用資格 | □下記要件を満たしていること  ・入会施設の従業員であること  ・運用管理規程を理解し遵守できること |
| 変更時記載欄 | 利用者ID：  変更内容： |

※利用者毎に申請お願いします。

事務局受付

市立池田病院

推進委員会

／

／

／

※以下、事務局取扱欄

受理日：令和　　年　　月 日

完了日：令和　　年　　月 日