

# 大牟田市立病院 地域医療連携システム（通称：ありあけネット）

## 登録申請書（医師個人 ID）

地方独立行政法人大牟田市立病院 院長 殿

地域医療連携システム（診療情報参照）の趣旨、利用者規定を理解した上で、地域医療連携システムに登録し、利用したいので登録申請を致します。

申請日 : 20 年 月 日 医療機関コード : \_\_\_\_\_

所属施設名 : \_\_\_\_\_ 総病床数 : \_\_\_\_\_ 床

電話番号 : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

所属施設院長 : 自署または公印 \_\_\_\_\_

(以下登録申請医師情報：所属施設長自身の申請の場合もご記入下さい)

ふりがな.....	生年月日 (T,S,H)	年	月	日
	男			
医師氏名 : _____	女			
電話番号 : _____	FAX 番号 : _____			
E メールアドレス : _____	@			

後日、登録規程に基づき ID・パスワード発行、運用マニュアル等のご案内を差し上げます。

注：本書類は事務局へ提出して下さい。

\*\*\*\*\*

(事務取扱欄)

受理日 : 20 年 月 日

連携先医療機関へ連絡 ( 月 日)

電話  FAX  電子メール

その他 ( )

事務局受付済	責任者確認
日付 /	日付 /

本書は事務局にて保管