

様式1-1

情報共有システム利用登録依頼書 (医療機関用)

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	吉野川市医師会
ご担当者名	岸田 北谷
ご連絡先電話番号	0883 - 22 - 3488
依頼書送付先 FAX 番号	0883 - 22 - 3322

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

平成 年 月 日

※法人の場合は法人名もご記入ください

医療 機 関 情 報	(フリガナ) 医療機関名 (法人名等)	
	(フリガナ) 代表者名	印
	住 所	〒
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種
1	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
2	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
3	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
4	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
5	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない

備考 _____