

大阪国際がんセンター地域診療情報連携システム
利用端末機報告

大阪国際がんセンター 総長様

大阪国際がんセンター地域診療情報連携システムの利用において使用する端末機を別紙のとおり報告します。

申込日	年 月 日
医療機関名/コード	(ふりがな) (医療機関コード[7桁])
医療機関 代表者名	(ふりがな) 自署または押印をお願いします
医療機関 住所	〒
医療機関 連絡先	(TEL) (FAX)
メールアドレス	

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日

