

大阪母子医療センター地域診療情報連携システム

利用者 I D 登録申請書

大阪母子医療センター 総長

下記の者について、大阪母子医療センター地域診療情報連携システム運用及び管理に関する要綱の遵守及び利用に伴う責任を負うことを別紙誓約書のとおり誓約しますので、利用者 I D の登録をお願いします。

なお、利用にあたっては、大阪母子医療センター地域診療情報連携システム運用及び管理に関する要綱を遵守するよう、指導を徹底します。

申 込 日	年 月 日
機 関 名	(ふりがな) (医療機関コード[7桁])
代表者名	(ふりがな) 自署または押印をお願いします
所 在 地	〒
連 絡 先	(担当者) (TEL) (FAX)
メールアドレス	
利用者 1	(ふりがな) (職種：医師、看護師、保健師、その他)
利用者 2	(ふりがな) (職種：医師、看護師、保健師、その他)
利用者 3	(ふりがな) (職種：医師、看護師、保健師、その他)

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日 登録日： 年 月 日