

特定非営利活動法人 道南地域医療連携協議会施設入会申請書

特定非営利活動法人 道南地域医療連携協議会理事長 様

貴法人の設立趣旨に賛同しましたので、道南地域医療連携協議会への入会を申請いたします。

申請日： 年 月 日

(フリガナ)

施設名： _____

(〒 -)

施設住所： _____

開設者氏名： _____ 代表者氏名： _____

担当者氏名(部署)： _____ (_____)

メールアドレス： _____

(上記アドレスを協議会メーリングリストに登録させていただきます。)

電話番号： _____ FAX 番号： _____

※MedIka の利用を同時に申請する施設は、下記事項への記載をお願いいたします。

道南地域医療連携ネットワークシステム(MedIka) 利用施設申請書

MedIka に利用者として参加したいので、以下のとおり申請いたします。

なお、MedIka の利用にあたっては、MedIka 運用規程および各種関係法令を遵守し、適正な利用を行います。

申請日： 年 月 日 利用開始希望日： 年 月 日

管理責任者氏名： _____ (役職名： _____)

連携先(予定)施設名 _____

《事務局取扱欄》

・ MedIka 運営委員会協議日 承認 不承認 年 月 日

・ MedIka 利用開始日 年 月 日