

(申請書送付先 F A X 番号 : 0138-43-8310)

## 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