

キビタン健康ネット 施設入会申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 殿

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の趣旨、定款、利用規約を理解・同意の上、協議会に参加し、協議会が運営するネットワークシステムを利用したいため、入会を申請します。

施設情報記入欄

申請日	平成 年 月 日		
施設名	ふりがな.....		
施設区分	1.病院 2.医科診療所 3.歯科診療所 4.薬局 5.介護老人保健施設 6.その他 ()		
開設者氏名		代表者氏名	
住所	〒 -		
電話番号			
FAX番号			

システム管理者（担当者）情報記入欄

氏名	ふりがな.....		
職種		所属部署名	
Eメールアドレス	@		

本書を協議会事務局にFAXして下さい。 FAX：050-3730-0128

【重要】

入会の際には、『施設入会申請書（様式1）』のファックス送信に併せて、少なくとも1名分の『利用者ID申請書（様式3）』の提出が必要です。

【事務局】 〒960-8036 福島県福島市新町4番22号 福島県医師会館1F
フリーダイヤル：0120-578-818 電話：024-525-8818 FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄

<input type="checkbox"/>	施設入会申請書受理日	: 平成	年	月	日
<input type="checkbox"/>	施設入会申請承認、システムへの施設情報登録日	: 平成	年	月	日
<input type="checkbox"/>	施設入会登録完了通知書送付日	: 平成	年	月	日