

キビタンケアネットサービス 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.居宅介護支援事業所 7.その他()		
開設者氏名		代表者氏名*	
住所*	〒 -		
電話番号*			
FAX番号*			

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*	@		

※記載必須

本書を協議会事務局にFAXして下さい。 FAX : 050-3730-0128

【重要】

この入会申請書は、キビタンケアネットサービスの施設入会申請書となります。
協議会の説明を受けた事業所のみ利用登録が可能となりますのでご注意ください。

【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