

キビタン健康ネット 利用者 I D 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

私は、福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の趣旨、定款、利用規約を理解した上、同協議会に参加し、キビタン健康ネットを利用したいため、利用者 I D を申請します。

申請日：平成 年 月 日

所属施設名： _____

電話： _____ F A X : _____

所属施設長：自署または公印 _____

(以下、申請者情報：所属施設長自身の申請の場合もご記入ください。)

ふりがな
氏名： _____ 男・女 _____
施設住所： 〒 _____
生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日
※ ・医師 ・薬剤師 ・看護師 ・その他 () 該当職種を○で囲んでください。
※医師の方は専門診療科の記載をお願いします。
診療科： _____
Eメールアドレス： _____ @ _____

別途、講習会、会費などについてのご案内を差し上げますので、内容のご確認をお願いします。

本書を協議会事務局に F A X して下さい。 **F A X : 0 5 0 - 3 7 3 0 - 0 1 2 8**

【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"/> | 利用者 I D 申請書受理日 | : 平成 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> | 利用者 I D 申請承認、システムへの I D 登録日 | : 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 利用者 I D : _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 利用者 I D 登録完了通知書送付日 | : 平成 | 年 | 月 | 日 |