福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式１

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　様

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、キビタン健康ネットへの入会を申請します。

|  |
| --- |
| **施設情報記入欄** |
| 申請日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 施設名 | ふりがな　 |
|  | 印 |
| 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 | ＠ |
| **サービス種別** |
| 基本サービス | １．キビタン健康ネット　　　　　　２．WEB会議システム(LiveOn)のみ（WEB会議システムも含みます） 　　　　　　　　　　※いずれかに○を記入してください。 |
| オプション | 　 オンライン請求・資格確認　　　　 モバイル（タブレット） |

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。