福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式３

キビタン健康ネット　利用者ＩＤ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

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ＩＤを申請します。

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

所属施設名：

電話：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

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： 昭和・平成　　　年　　　月　　　日  ※ ・医師　・薬剤師　・看護師　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）  該当職種を〇で囲んでください。  ※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ＦＡＸして下さい。　　　**ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８**