

(様式2)

昭和病院地域医療ネットワーク利用者申請兼誓約書

公立昭和病院長 殿

昭和病院地域医療ネットワークに利用者として参加したいので、以下のとおり申請します。

なお、当該ネットワークの参加にあたっては、昭和病院地域医療ネットワーク運用管理要綱及びIDLink利用約款並びに、昭和病院地域医療ネットワーク利用案内を十分理解し、併せて「個人情報の保護に関する法律」、「昭和病院企業団個人情報保護条例」及び関係法令を遵守したうえで利用することを誓約します。

〈利用施設情報〉

申請及び誓約日	令和 年 月 日		
施設名	(フリガナ)		
住所	(郵便番号) -		
電話番号		FAX番号	

〈利用者情報〉

ネットワークに参加及び利用される方全員をご記入下さい(利用者登録の上限はありません)。ログインIDの共用や使い回しは禁止です。記入欄が不足の場合は、次ページを必要枚数ご用意のうえ、ご記入下さい。

利用者氏名 [1](自署)	(フリガナ)		
	(氏名)		
役職・職名	(役職)	(職種)	医師 看護師 事務 その他()
メールアドレス	@		
性別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
希望 ログイン名	(半角英数字5～10文字でお願いします)		
パスワード	事務局にて初期パスワードを設定します。必ず利用者ご自身でパスワードを変更下さい		

上記を記載後、様式1と一緒に以下まで本書の郵送をお願いします。

郵送先 〒187-8510

東京都小平市花小金井八丁目1番1号
公立昭和病院 地域医療連携室

【問合せ先】

公立昭和病院 地域医療連携室
連絡先 042-461-0052(代表)

利用者氏名 [2](自署)	(フリガナ)			
	(氏名)			
役職・職名	(役職)	(職種)	医師 看護師 事務 その他()	
メールアドレス	@			
性別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
希望 ログイン名	(半角英数字5～10文字でお願いします)			
パスワード	事務局にて初期パスワードを設定します。必ず利用者ご自身でパスワードを変更下さい			

利用者氏名 [3](自署)	(フリガナ)			
	(氏名)			
役職・職名	(役職)	(職種)	医師 看護師 事務 その他()	
メールアドレス	@			
性別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
希望 ログイン名	(半角英数字5～10文字でお願いします)			
パスワード	事務局にて初期パスワードを設定します。必ず利用者ご自身でパスワードを変更下さい			

利用者氏名 [4](自署)	(フリガナ)			
	(氏名)			
役職・職名	(役職)	(職種)	医師 看護師 事務 その他()	
メールアドレス	@			
性別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
希望 ログイン名	(半角英数字5～10文字でお願いします)			
パスワード	事務局にて初期パスワードを設定します。必ず利用者ご自身でパスワードを変更下さい			