

(様式1)

昭和病院地域医療ネットワーク参加施設登録申請書

公立昭和病院長 殿

当該ネットワークの参加にあたり、昭和病院地域医療ネットワーク運用管理要綱及びID Link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」及び関連法令を遵守したうえで、閲覧施設として施設登録を申請します。

申込日	令和 年 月 日				
施設名					
代表者名 (氏名、役職、 職種)	(フリガナ)				
	(氏名)				
	(役職)	(職種)			
	医師 看護師 事務 その他()				
住所	(郵便番号) -				
電話番号				FAX番号	
メールアドレス					
機関コード (事業所コード)				一般病床数 (許可病床)	床 <input type="checkbox"/> 病床なし
施設種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 一般診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション等				<input type="checkbox"/> その他
利用機器 (PC・タブレット等)	台	<input type="checkbox"/> Windows8 <input type="checkbox"/> Windows10 <input type="checkbox"/> Windows11 <input type="checkbox"/> MacOS (OS10.7以降) <input type="checkbox"/> iPad (iOS7以降)			<input type="checkbox"/> その他
医療機関名 の掲載	貴医療機関名を当院ホームページへ掲載いたします。				<input type="checkbox"/> 同意する

上記を記載後、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)