

大阪府立急性期・総合医療センター診療情報地域連携システム

利用申込書

大阪府立急性期・総合医療センター 院長様

大阪府立急性期・総合医療センター診療情報地域連携システム運用及び管理に関する要綱について同意し、利用上の責務を理解の上、大阪府立急性期・総合医療センター診療情報地域連携システムの利用を申し込みます。

申込日	年 月 日
医療機関名/コード	(ふりがな) (医療機関コード[7桁])
医療機関 代表者名	(ふりがな) 自署または押印をお願いします
医療機関 住所	〒
医療機関 連絡先	(TEL) (FAX)
メールアドレス	

※ 大阪府立急性期・総合医療センター診療情報地域連携システム運用要綱を熟読願います。

※ 医療機関名・代表者名は、ホームページ等で公表いたします。

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日 登録日： 年 月 日