

大阪急性期・総合医療センター診療情報地域連携システム

利用者ID登録申請書

大阪急性期・総合医療センター 総長様

下記の（医師・歯科医師）について、大阪急性期・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の遵守及び利用に伴う責任を負うことを別紙誓約書のとおり誓約しますので、利用者IDの登録をお願いします。

なお、利用にあたっては、大阪急性期・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を遵守するよう、指導を徹底します。

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	
利用者①	(ふりがな) (医師・歯科医師)
利用者②	(ふりがな) (医師・歯科医師)
利用者③	(ふりがな) (医師・歯科医師)

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日

登録日： 年 月 日