【様式２】

北見赤十字病院・北海道立北見病院

地域連携ネットワーク利用者アカウント申請書

（あて先）北見赤十字病院・北海道立北見病院　病院長　殿

　当施設に従事する下記の者について、北見赤十字病院・北海道立北見病院地域連携ネットワークの利用者としてＩＤ番号とパスワードを【 付与 ・ 変更 ・ 停止 】いただくよう申請します。

申請日：　　　年　　月　　日

■参加施設

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 連絡担当者 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　―　　　　　―　　　　　　　　FAX：　　　　―　　　　　―　　　　　 |

■利用者（今回申請する内容に、☑をご記入下さい。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請区分 | フリガナ氏名 | 職種 |
| □新規□変更□停止 |  | □医師　　□ 歯科医師　　　□看護師　□その他　　　　（　　　　　　　　） |
|  |
| □新規□変更□停止 |  | □医師　　□ 歯科医師　　　□看護師　□その他　　　　（　　　　　　　　） |
| 　 |
| □新規□変更□停止 |  | □医師　　□ 歯科医師　　　□看護師　□その他　　　　（　　　　　　　　） |
| 　 |

※利用者欄が足りない場合は、コピーしてご利用ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【当院記載欄】 | 受付 | システム登録 |
| 受 付 受 理 日　　　　　　　年　　　　月　　　　日システム登録日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |  |