

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
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 停止		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 (            )
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 停止		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 (            )
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 停止		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 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		