

市立八幡浜総合病院地域医療情報連携ネットワーク 利用者申請書兼誓約書

市立八幡浜総合病院 院長 殿

私は、市立八幡浜総合病院域医療情報連携ネットワークの運用規程に示された遵守事項、禁止事項を十分理解した上で、市立八幡浜総合病院域医療情報連携ネットワークを利用することを誓約します。

申込日	年	月	日
医療機関名			
フリガナ			
利用者氏名			
職種			
診療科（医師のみ）			
メールアドレス			

【問合せ先】

〒796-8502 八幡浜市大平1番耕地 638 番地

市立八幡浜総合病院 医事課 地域連携室

TEL 0894-22-3211 FAX 0894-24-2562

✉ renkei@yawatahama-cgh.jp