様式１

**市立八幡浜総合病院地域医療情報連携ネットワーク**

**参加申込書**

市立八幡浜総合病院　院長　殿

市立八幡浜総合病院地域医療情報連携ネットワーク運用規程、ID-Link利用約款、およびマニュアルを遵守し、閲覧施設としての責任を理解の上、市立八幡浜総合病院地域医療情報連携ネットワークに参加いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| フリガナ |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関コード(７桁) |  |
| フリガナ |  | 印 |
| 代表者名※自署または公印をお願いします |  |
| フリガナ |  |
| 担当者部署／氏名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 病床数（一般病床＋療養病床） |  |

【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