様式２

**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