

様式第1号（第5条関係）利用者登録申請書兼誓約書

**豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム
利用者登録申請書兼誓約書**

豊橋市民病院 院長 様

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムの趣旨、利用規程を理解したうえで、本システムを利用するため、利用者の登録を申請します。

また、豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムの利用にあたっては、関連法規や利用規程等を遵守し、当医療機関内での豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムの利用に伴う責任を負うことを誓約します。

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ
医師名： _____ 男・女 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日医療機関コード： _____ (厚生局より通知された10桁のコード)
※医療機関コードがわからない場合は、空欄でも結構です。医療機関名： _____
〒

所在地： _____

電話： (_____) _____ - _____ FAX： (_____) _____ -

<利用者登録の申請者様へ>

<p>本書は、豊橋市民病院患者総合支援センター・地域連携担当へ FAX（0532-33-3037）送信後、郵送等にてご提出ください。</p>
<p>*** 裏面の、「利用環境の調査票」への記載も併せてお願いします ***</p>
<p>*** 申請後、利用申請結果通知書にて、利用の適否を通知します ***</p>

(豊橋市民病院取扱欄)

<登録>

受理日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

登録日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

受付者	作業者

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用環境の調査票

当医療機関における、豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムを利用する機器等の情報は次のとおりです。

当医療機関におけるシステム・ネットワーク環境		
1 機器情報	OS	名称
	使用ブラウザ	名称
	メモリ	GB
2 ウィルス対策ソフト	名称	
3 その他 質問事項	ファイル交換ソフト(Winny等)はインストールされていませんか。 インストール無/インストール有	
4 利用可能なe-mail アドレス	@	