## **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＞**

|  |
| --- |
| **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。** |
| **＊＊＊ 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 ＊＊＊** |
| **＊＊＊ 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 ＊＊＊** |

（豊橋市民病院取扱欄） ＜登録＞

受理日：　　　　　 年 月 日

処理日：　　　　　 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者総合支援センター地域連携担当 | 事務局医療情報課 |
|  |  |

＊本書原本は、医療情報課にて保管

### **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** | **＠** |