

市立豊中病院ネット利用申込書（薬局用）

豊中市病院事業管理者 様

市立豊中病院ネットの運営及び利用に関する要綱に同意のうえ、市立豊中病院ネットの利用を申し込みます。

申込日	年 月 日
薬局名称 /医療機関コード	(ふりがな) (医療機関コード(7桁):)
代表者名	(ふりがな) (自署でお願いします)
所在地	〒
担当者連絡先	(TEL) (FAX) (E-mail) (担当者名)
豊中市薬剤師会に加盟していますか	はい ・ いいえ
既に ID-Link に参加している施設のみ記入	(参加ユニオン若しくは参加地域医療連携ネットワーク名) ※ID-Link の登録状況確認のため、当院より日本電気、SEC 等に照会する場合がありますので、ご了承ください。

【豊中市薬剤師会取扱欄】

受理日： 年 月 日	承認日： 年 月 日
-------------------	-------------------

※豊中市薬剤師会の承認が分かる書類を添え、原本は市立豊中病院へ郵送してください。

〈提出先〉市立豊中病院 地域医療連携室 〒560-8565 豊中市柴原町 4-14-1 TEL 06-6858-3597 FAX 06-6858-3555	
受理日： 年 月 日	登録日： 年 月 日