

市立豊中病院ネット利用申込書

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
施設名称 /医療機関コード ・介護保険事業所番号	(ふりがな) (医療機関コード (7 桁) :) (介護保険事業所番号 (10 桁) :)
代表者名	(ふりがな) (自署をお願いします)
所在地	〒
担当者連絡先	(TEL) (FAX) (E-mail) (担当者名)
市立豊中病院の登録医ですか	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。

※必要添付書類として、医師免許証のコピーを 1 部ご提出ください。(特定機能病院、地域医療支援病院、市立豊中病院の登録医の方は不要です。)

【市立豊中病院取扱欄】

受理日 :		登録日 :	
年 月 日		年 月 日	