

くるめ診療情報ネットワーク参加申込書
(施設登録申請書)

くるめ診療情報ネットワーク協議会会長 様

くるめ診療情報ネットワークに利用者として参加したいので、下記のとおり申請いたします。

なお、当該ネットワーク参加にあたっては、くるめ診療情報ネットワーク運用規則及び関係法令を遵守し適正な利用を行ないます。

申 込 日： 令和 年 月 日

施 設 名：	_____
住 所：	_____
代表者氏名：	_____ 印
医師会入会：	<u>入会 ・ 未入会</u> 所属医師会名： _____
担当者	
部 署 名：	_____
役 職 名：	_____
氏 名：	_____
電話番号：	_____
FAX 番号：	_____
E-mail アドレス：	_____