

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：	_____

「ID - Link」サービス 契約申込書（閲覧施設様用）

日本電気株式会社 医療ソリューション事業部 事業推進部 行
(〒108-8001 東京都港区芝5-7-1 NEC本社ビル)

新規 申込用

地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用約款に同意し、次の通り申し込みます。

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた情報は、NECが提供する「ID-Link」サービスの申込み手続きおよび関連するご連絡に利用させていただきます。

「NEC個人情報保護方針」に関しては(<http://www.nec.co.jp/privacy.html>)をご参照ください。

また記載されたすべての情報は、株式会社エヌイーシーとの地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用基本契約に基づき、お申し込みサービス利用手続きのためにデータにて同社に提供します。

ご不明な点は「ID-Link」サービス窓口(necidlink@med.jp.nec.com)にお問い合わせください。

① ご契約者情報

申込日 年 月 日

施設名	フリガナ		
代表者名	フリガナ		
住所	〒		
TEL		病床数 (一般病床+療養病床)	床

② ご利用料金

参照のみ 無料

③ システムに関するご連絡先情報(全項目必須) * サービス利用に関する設定事項(ID/パスワード)などを送付します。

施設名	フリガナ クルメシンリョウジョウホウネットワークキョウギカイ	
	くるめ診療情報ネットワーク協議会	
ご担当者様 所属・氏名	フリガナ クルメシンリョウジョウホウネットワークキョウギカイトウシャ	
	くるめ診療情報ネットワーク協議会担当者	
メールアドレス	ishikai@kurume-med.or.jp	
住所	〒830-0013 福岡県久留米市櫛原町45(一般社団法人久留米医師会内)	
TEL	0942-34-4163	0942-31-1156

④ ご利用施設情報 ※ご契約者情報と同じでない場合はすべての項目にご記入をお願いします。

施設名	フリガナ		
住所	〒		
TEL			

「ID - Link」サービス 契約申込書（閲覧施設様用）

⑤ 連携施設情報 ※主に連携する公開施設様を1施設ご記入ください

施設名	フリガナ

今後、当社における拡販を目的とした営業活動のために貴施設名を公開されたくない場合は、以下のボックスにチェックを入れてください。

非公開

佐賀県ピカピカリンクとの連携希望

八女筑後協議会との連携希望

●ご郵送いただいた契約申込書は返送致しません。控えが必要な場合は事前にコピーをお願い致します。

2013/04版