様式２

千葉医療ネットワーク

利用者参加（変更・廃止）申請書

千葉医療ネットワーク統括管理者　殿

　千葉医療ネットワーク管理規定を順守し、千葉医療ネットワークへ以下のとおり申請します。

申請の区分　新規申し込み ・ 登録情報の変更 ・退会

申請日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

ﾌﾘｶﾞﾅ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職種 ①医師　②看護師　③事務　④その他（　　　　　　　）

診療科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 （T　S　H）＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

連絡先 TEL:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿. FAX:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

メールアドレス:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

所属医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自署または押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

必要事項の記載が終わりましたら、下記連絡先までFAXまたはメールにてご送信ください。千葉医療センターで受信した後、所属医療機関まで確認のご連絡いたしますのでよろしくお願いいたします。
原本につきましては千葉医療センターで管理いたしますので、ご郵送いただきますようお願いいたします。

千葉医療センター
FAX： 043-251-5320
宛先： 〒260-8606　千葉市中央区椿森　4-1-2
千葉医療センター　医療情報管理室

※※※

千葉医療センター取扱欄

システム管理者受付日：　　／　　受付者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※※※

（本書は千葉医療センター医療情報管理室にて保管する）