様式1

千葉医療ネットワーク

施設参加（変更・退会）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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(施設名の変更際は旧名称をご記載ください) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ﾌﾘｶﾞﾅ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

開設者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 TEL:＿＿＿＿＿＿＿＿. FAX:＿＿＿＿＿＿＿＿.

メールアドレス:＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿.

医療機関番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加施設管理責任者 (自署又は公印)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

必要事項の記載が終わりましたら、下記連絡先までご送信ください。受信後、所属医療機関まで確認のご連絡いたします。原本につきましては郵送して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	副統括管理者	統括管理者
日付　/	日付　/	日付　/

※※

（本書は千葉医療センター医療情報管理室にて保管する）