式１－１参加登録申請書（医療機関用）

桜ネット（地域医療連携ネットワーク）
参加登録申請書（医療機関用）

桜ネット（地域医療連携ネットワーク）（以下、当ネットワークという）の利用に際し、当ネットワークの運営管理規定に同意の上、当参加登録申請書（医療機関用）により登録申込みを申請します。

※参加登録申請書を提出される前に、「運営管理規定」をお読み下さい。

【参加登録申請】

◆申請先（宛先）：九州旅客鉄道株式会社　JR 九州病院　**御中**

※以下の項目について申請者にてご記入願います。

申 込 日 ：　（西暦）＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（※当申請書の作成日を記入）

施設名称：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（フリガナ）　（　　）

医療機関コード：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

開設者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　院長氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（フリガナ）　（　　）　（フリガナ）（　　）

性　別　（ 男 ・ 女 ）　性　別　（ 男 ・ 女 ）

所属医師会：□　加入済/医師会名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□未加入

E-mail ｱﾄﾞﾚｽ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号：＿＿＿＿＿・＿＿＿・＿＿＿＿　FAX 番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒（　　）－　（　　）

住　　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（フリガナ　）（　　）

当ネットワークの運営管理規定に同意し上記内容の通り、参加登録申請を致します。

院長氏名　：

（※自署　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

※記入漏れや、押印漏れのないことを確認の上、添付の返送用封筒にて、送付願います。

※登録申請書を受理後、当ネットワークへの接続に必要なアクセス（アカウント）ID やパスワードなどをお知らせ致します。

※※※※※以下は記入しないで下さい※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※

申 請 受 付	申 請 登 録	登 録 通 知