

**阪神医療福祉情報ネットワーク協議会入会申込書兼
h-Anshinむこねっと患者情報共有システム参加申込書
(参 照 施 設)**

阪神医療福祉情報ネットワーク協議会定款及びh-Anshinむこねっと患者情報共有システム管理運用規定について合意のうえ、下記のとおり阪神医療福祉情報ネットワーク協議会に入会し、h-Anshinむこねっと患者情報共有システムに参加いたします。

申込日	年 月 日
フリガナ	
医療機関名	
代表者名	

申請医療機関情報			
医療機関コード(7桁)			
郵便番号			
所在地			
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			

e-mailでご連絡する内容がありますのでメールアドレスも必ず記入してください。

接続希望台数	台
--------	---

できるだけセキュリティを確保するため必要最小限の台数としてください。

接続希望台数分、接続機器等確認書(様式5)を作成してください。

資料等送付先 ※上記住所と異なる場合のみご記入下さい。			
郵便番号	—		
住 所			
氏 名			
電話番号	—	FAX 番号	—

※ (別紙) 利用者一覧表及び(別紙) 参加同意書兼誓約書を添付してください。

阪神医療福祉情報ネットワーク協議会入会申込書兼
h-Anshinむこねっと患者情報共有システム参加申込書
(参 照 施 設)

阪神医療福祉情報ネットワーク協議会定款及びh-Anshinむこねっと患者情報共有システム管理運用規定について合意のうえ、下記のとおり阪神医療福祉情報ネットワーク協議会に入会し、h-Anshinむこねっと患者情報共有システムに参加いたします。

申込日	25年 10月 1日
フリガナ	ムコネットクリニック
医療機関名	むこねっとクリニック
代表者名	阪神 太郎

申請医療機関情報			
医療機関コード(7桁)	3020000		
郵便番号	661-0012		
所在地	尼崎市南塚口町4丁目4-8		
電話番号	06-6422-6510	FAX 番号	06-6422-6512
メールアドレス	mukonet@amagasaki-med.or.jp		

e-mailでご連絡する内容がありますのでメールアドレスも必ず記入してください。

接続希望台数	1 台
--------	-----

できるだけセキュリティを確保するため必要最小限の台数としてください。

接続希望台数分、接続機器確認書(様式5)を作成してください。

資料等送付先 ※上記住所と異なる場合のみご記入下さい。			
郵便番号	—		
住 所			
氏 名			
電話番号	— —	FAX 番号	— —

※ (別紙) 利用者一覧表及び(別紙) 参加同意書兼誓約書を添付してください。