

「とちまるネット参加施設登録申込書」

(情報提供施設用)

栃木県地域医療連携ネットワークシステム協議会長 様

栃木県の地域医療連携、医介連携、診診連携、病病連携の構築を目的としたとちまるネットの趣旨、運用規程、各種関連ガイドラインを遵守し、情報提供施設としての責任を理解の上、参加を希望します。

20 年 月 日

ふりがな

施設名：

*医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

代表者：(役職名)

(氏名)

(開設者または管理者)

印

住所：〒

担当部署名： _____

(管理担当者： _____)

担当部署のTEL： _____

担当部署のFAX： _____

E-mail address： _____

※協議会のメーリングリスト等で使用いたします。

【添付書類】 情報公開範囲の調査票

とちまるネット利用者ID登録申込書(様式2) ⇒ ※情報閲覧を希望される場合のみ添付

栃木県地域医療連携ネットワークシステム協議会事務局

〒320-8503 宇都宮市駒生町3337-1 とちぎ健康の森4階(栃木県医師会内)

TEL：028-622-2655/FAX：028-624-5988

事務局取扱欄

申請受理日： 20 年 月 日

 情報公開範囲の調査票 受理 (20 年 月 日) とちまるネットホームページ とちまるネットメーリングリスト その他 _____