

「とちまるネット利用申込書」

(情報閲覧施設用：病院向け)

栃木県地域医療連携ネットワークシステム協議会長 殿

施設情報を記載

本施設は、診療連携、病病連携の構築を目的とした「とちまるネット」の趣旨、利用約款、各種関連ガイドラインを遵守し、閲覧施設・利用者としての登録を申込みます。

20 年 月 日

ふりがな
施設名：

とちぎ〇〇びょういん

栃木〇〇病院

* 医療機関コード

〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

施設住所：

〒〇〇〇-〇〇〇〇
栃木県〇〇〇市〇〇町〇-〇-〇

TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

E-mail: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ※協議会のML等で使用いたします。

担当者 (部署) 管理者 (氏名) 栃木 健太郎

下記の【ID登録者】は、実際に「とちまるネット」をご利用される方をご記入ください。

No	ふりがな ID登録者	性別	種別		生年月日	メールアドレス	事務局 記入欄
			医師	医師以外			
1	とちぎ けんたろう 栃木 健太郎	男	開設者 管理者 勤務医	事務作業 (資格:)	(大正 昭和 平成) 〇年〇月〇日	〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇〇〇	講習会 受講日 /
2	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇	男 女	開設者 管理者 勤務医	事務作業 (資格: 看護師)	(大正 昭和 平成) 〇年〇月〇日	〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇〇〇	講習会 受講日 /
3	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇	男 女	勤務医	事務作業 (資格:)	(大正 昭和 平成) 月〇日	〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇〇〇	講習会 受講日 /

*連携業務を行う「事務作業」が有(医師、看護師等)の場合は、(資格:)を記載してください。

実際に利用する人を記載

事務作業者が
有資格者の場合は記載

- / 運用講習会の受講確認
- / 施設登録依頼 (ID-Link・HumanBridge)
- / 利用者登録 (ID-Link)
- / 利用者登録 (HumanBridge)
- / ID・PW・書類 (利用料請求書含む)

NO