

札幌医療情報共有システム協議会

入会申請書

札幌医療情報共有システム協議会 様

札幌医療情報共有システム協議会に参加し、ID-Linkによる地域医療連携ネットワークシステムを利用したいので入会を申請します。

申請日 : 平成 年 月 日

施設名:

開設者氏名:

代表者氏名:

印

担当者氏名(部署)

()

Eメールアドレス:

電話番号 :

- -

FAX番号 :

- -

【事務局】

〒065-8611 札幌市東区北12条東3丁目1番1号

社会医療法人 母恋 天使病院 地域医療連携センター

電話 : 011-711-1042

FAX : 011-711-1049

《事務局取扱い欄》

入会申請受理日 : 平成 年 月 日

施設種別 : 病院 ・ 診療所 ・ その他

担当 :