

釜石・大槌地域医療連携推進協議会
 会 長 小泉 嘉明 様

かまいし・おおつち医療情報ネットワーク参加申込書

かまいし・おおつち医療情報ネットワーク利用規約を承諾し、かまいし・おおつち医療情報ネットワークへの参加を申し込みいたします。

フリガナ						
医療機関等名						
代表者名 (印)	(印)					
郵便番号						
所在地						
電話番号等			FAX 番号			
メールアドレス						
ネットワーク 利用責任者	所 属		職		氏 名	