

【記入例】

様式 1

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

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	しゃかいふくしほうじん まるまるふくしかい					
医療機関等名	社会福祉法人 ○○福祉会					
代表者名 (印)	理事長 ○○ ○○ 印					
郵便番号	026-0043					
所在地	釜石市新町○番▲▲号					
電話番号等	0193-XX-XXXX	FAX 番号	0193-XX-XXXX			
メールアドレス	XXXXX@XXXXX.jp					
ネットワーク 利用責任者	所 属	○○事業所	職	所長	氏 名	○○ ○○