「福来たネット」施設利用申請書

一般社団法人　福島市医師会長　殿

「福来たネット」の規程等を確認し、その目的等を理解した上で「福来たネット」を利用したいので申請いたします。

■利用施設記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 施設名 | フリガナ |
|  |
| 施設長名 | 役職名 |
| フリガナ |
|  |
| システム管理者名※施設長と異なる場合は記入してください。 | 役職名 |
| フリガナ |
|  |
| 施設所在地 | 〒 |
|  |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| ＦＡＸ番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |
| 施設区分 | □病院 | □診療所（福島市内） | □診療所（福島市外） |
| □歯科診療所 | □調剤薬局 | □訪問看護ステーション |
| □地域包括支援センター | □居宅介護支援事業所 |  |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用する機能 | □在宅連携機能地域連携パス機能（□心筋梗塞　□脳卒中　□大腿骨頸部骨折）住民健康管理連携機能（準備中） |

※施設利用申請書を提出する際は、少なくとも１台分の「端末ＩＤ申請書」（様式４）と１名分の「利用者ＩＤ申請書」（様式５）を添付してください。

※利用する機能のうち「地域連携パス機能」は、「病院」「診療所」において利用が可能です。

本書を事務局にＦＡＸで送信してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局 | 一般社団法人　福島市医師会　TEL：024-534-2290　 FAX：024-534-2291〒960-8002　福島市森合町10番1号　福島市保健福祉センター3階 |
| 事務局記入欄 | □受理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  |
| □承認⇒処理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  |
| □作業完了通知書送付日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  |

Ver1.0

「福来たネット」施設利用申請書（記入例）

一般社団法人　福島市医師会長　殿

「福来たネット」の規程等を確認し、その目的等を理解した上で「福来たネット」を利用したいので申請いたします。

■利用施設記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 平成　２８　年　７　月　１　日 |
| 施設名 | フリガナ　シャ）フクシマシイシカイビョウイン |
| （一社）福島市医師会病院 |
| 施設長名 | 役職名　会長 |
| フリガナ　イシカイ　タロウ |
| 医師会　太郎 |
| システム管理者名※施設長と異なる場合は記入してください。 | 役職名　情報管理課長 |
| フリガナ　ジョウホウ　イチロウ |
| 情報　一郎 |
| 施設所在地 | 〒９６０－８００２ |
| 福島県福島市森合町１０番１号　福島市保健福祉センター内 |
| 電話番号 | （　０２４　）　５３４　－　２２９０ |
| ＦＡＸ番号 | （　０２４　）　５３４　－　２２９１ |
| Ｅ－ｍａｉｌ | ishikai@fukukita.bz.jp |
| 施設区分 | ☑病院 | □診療所（福島市内） | □診療所（福島市外） |
| □歯科診療所 | □調剤薬局 | □訪問看護ステーション |
| □地域包括支援センター | □居宅介護支援事業所 |  |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用する機能 | ☑在宅連携機能地域連携パス機能（☑心筋梗塞　☑脳卒中　□大腿骨頸部骨折）住民健康管理連携機能（準備中） |

※施設利用申請書を提出する際は、少なくとも１台分の「端末ＩＤ申請書」（様式４）と１名分の「利用者ＩＤ申請書」（様式５）を添付してください。

※利用する機能のうち「地域連携パス機能」は、「病院」「診療所」において利用が可能です。

本書を事務局にＦＡＸで送信してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局 | 一般社団法人　福島市医師会　TEL：024-534-2290　 FAX：024-534-2291〒960-8002　福島市森合町10番1号　福島市保健福祉センター3階 |
| 事務局記入欄 | □受理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  |
| □承認⇒処理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  |
| □作業完了通知書送付日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  |

Ver1.0