

(様式1)

「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 <small>※施設長と異なる場合は記入してください。</small>	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	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所(福島市内) <input type="checkbox"/> 診療所(福島市外) <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他()
利用する機能	<input type="checkbox"/> 在宅連携機能 地域連携パス機能(<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受理日 平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 承認⇒処理日 平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 作業完了通知書送付日 平成 年 月 日

Ver1.0

(様式1)

「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 <small>※施設長と異なる場合は記入してください。</small>	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	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所(福島市内) <input type="checkbox"/> 診療所(福島市外) <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用する機能	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅連携機能 地域連携パス機能 (<input checked="" type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input checked="" type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受理日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 承認⇒処理日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 作業完了通知書送付日 平成 年 月 日

Ver1.0