

久我山病院地域連携ネットワーク

## 利用者アカウント申請書（参加施設用）

久我山病院 病院長 殿

## 【記入上の注意】

※施設内で一人システム担当管理者を定めてください。

※利用者欄が足りない場合は、お手数ですが用紙をコピーしてください。

申請日：西暦 年 月 日

## ■参加施設

|             |           |                                 |                                |                                |
|-------------|-----------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| フリガナ<br>施設名 |           | <input type="checkbox"/> 病院     | <input type="checkbox"/> 診療所   | <input type="checkbox"/> 歯科診療所 |
|             |           | <input type="checkbox"/> 保険薬局   | <input type="checkbox"/> 介護事業所 |                                |
|             |           | <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                |                                |
| 連絡先         | TEL : — — | FAX : — —                       |                                |                                |
| 医療機関番号      |           |                                 |                                |                                |

## ■参加施設の責任者

| 役職等 | フリガナ<br>氏名（性別） | 性別    |
|-----|----------------|-------|
|     |                | 男 ・ 女 |

■利用者（今回申請する内容に、をご記入下さい。）

| 申請<br>区分                                                                                  | 性別                                                         | フリガナ<br>氏名 | 職種                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 新規<br><input type="checkbox"/> 変更<br><input type="checkbox"/> 停止 | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |            | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> MSW<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 事務<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> 新規<br><input type="checkbox"/> 変更<br><input type="checkbox"/> 停止 | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |            | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> MSW<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 事務<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> 新規<br><input type="checkbox"/> 変更<br><input type="checkbox"/> 停止 | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |            | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> MSW<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 事務<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |