

NPO法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会  
「うおぬま・米（まい）ねっと」参加申込書

特定非営利活動法人  
魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 宛て

特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会ネットワークシステムでの情報共有に関する規約に同意し、下記のとおり申し込みます。

また、米ねっと事務局によるID-Linkへの代理申込みについても同意致します。

申込区分	新規	申込日	年 月 日
住 所	〒	市・町	
ふりがな			医療機関コード
施設名※			
電話番号		FAX番号	
代表者名	職名	氏名	⑧
ふりがな			
表示名			
施設種類	<input type="checkbox"/> 病院（一般病床数_____床/他（_____） _____床） <input type="checkbox"/> 有床診療所（_____床） <input type="checkbox"/> 無床診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 研究機関 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
ネットワーク担当部署		担当者名	
メールアドレス		電話：	FAX：
特記事項			

※：法人格等もご記入ください。

介護連携システム(Team)についても導入を希望する（希望する場合、チェックを入れてください）

…………… 【以下受付窓口・事務局処理欄】申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。 ……………

理事長	事務局長	処理者	処理日		受付日	
			FAX	/ /	FAX	/ /
			原本	/ /	原本	/ /