

## 三重医療安心ネットワーク参加申請書

(三重医療安心ネットワーク参加のための施設登録申請書)

三重医療安心ネットワーク統括管理者 殿

三重医療安心ネットワークの趣旨、運用規程等、各種関連ガイドラインを理解した上で、閲覧施設として参加し、三重医療安心ネットワークを利用したいので参加申請を致します。

申請日 : 20 年 月 日

施設名 : \_\_\_\_\_  
施設番号 ( )

ふりがな

ふりがな

開設者氏名 : \_\_\_\_\_ 院長氏名 : \_\_\_\_\_

(自署あるいは公印をお願いします)

医師会入会 : 入会済 ・ 未入会 所属都市医師会名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_ FAX 番号 : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### CD-ROM でのデジタル証明書発行希望

※ 本書類は【利用者登録申請書】と共に三重県地域医療連携連絡協議会事務局へ提出して下さい。

**本書は協議会事務局にて保管**

三重大学医学部附属病院内

三重県地域医療連携連絡協議会事務局

〒514-8507 津市江戸橋2丁目174番地

TEL : 059-231-5813

FAX : 059-231-5348