

利用者登録申請書

三重医療安心ネット統括管理者 殿

平素は、三重医療安心ネットワークの推進につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。三重医療安心ネットワークを利用するにあたり ID-Link での職員の登録が必要になります。つきましては下記必要事項に記入頂き協議会事務局まで FAX して頂きますようお願い申し上げます。

申請日 : 20 年 月 日

施設名 : _____

ふりがな

職員氏名 (利用者) : _____ 男・女 職員 ID : _____
(ない場合は空欄で結構です)

生年月日 : _____

ID : _____ パスワード : _____
(半角英数字 5 文字以上 10 文字以内でお願いします) (半角英数字 5 文字以上 16 文字以内でお願いします)

住所 : 〒 _____
(勤務先)

電話番号 : _____ FAX 番号 : _____
(勤務先) (勤務先)

Mail : _____

※ 本書類は【三重医療安心ネットワーク参加申請書】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