

I T機器を用いた（総合コミュニケーション）医療連携研究会

入会申請書

I T機器を用いた（総合コミュニケーション）

医療連携研究会会長 様

I T機器を用いた（総合コミュニケーション）医療連携研究会（通称TMN I T）に参加し、ID-Linkによる地域医療連携ネットワークシステムを利用したいので入会を申請いたします。

申請日：令和 年 月 日

施設名： _____ 総病床数（ 床）

開設者氏名： _____ 代表者氏名： _____ ⑩

（自署あるいは公印でお願いします）

担当者氏名(部署)： _____ (_____)

Eメールアドレス： _____

電話番号： _____

F A X 番号： _____

【事務局】

〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1番40号

手稲溪仁会病院 患者サポートセンター 渉外課

電話：011-685-2992

F A X：011-685-2998

<事務局取扱い欄>

入会申請受理日：令和 年 月 日

施設種別：病院・診療所・その他

担当： _____