

## 江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク利用申請書

江別市病院事業管理者 長谷部 直幸 様

「江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク利用規約」に同意し、次のとおり利用申請いたします。

申請日：令和 年 月 日

施設名：\_\_\_\_\_ 総病床数（ 床）

代表者氏名：\_\_\_\_\_ 印

※自署あるいは公印をお願いします

担当者氏名（部署）：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_）

郵便番号：\_\_\_\_\_

住 所：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

FAX番号：\_\_\_\_\_

Eメールアドレス：\_\_\_\_\_

PCの設定・操作の説明で市立病院担当者の来院を希望する はい ・ いいえ