

福大西新みえるネット利用施設申請書

福岡大学西新病院長 殿

____年 ____月 ____日

当施設は、「福大西新みえるネット」を利用したく下記のとおり申請いたします。

なお、利用に際しては、「福岡大学西新病院における地域医療連携ネットワークシステムに関する規程」を遵守し、これに違反した場合は利用許可を取り消されても異議申し立ていたしません。

また、診療記録の管理において、福岡大学西新病院及び患者に対して損害を与えた場合は誠意をもって対応いたします。

記

医療機関（施設）名 _____

医療機関コード _____

施設長名 _____ (印)

所在地 〒 _____

電話番号： _____ / FAX番号： _____

実務担当者（施設長と異なる場合）

部署名： _____ / 担当者名： _____

E-Mail（担当者） _____

以上

以下 西新病院記入欄

受理日： _____年 ____月 ____日 担当者： _____

登録日： _____年 ____月 ____日 担当者： _____