「三条ひめさゆりネット」使用申請書

平成　　年　　月　　日

一般社団法人　三条市医師会

会　長　水野　春芳　様

事業所住所

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

１　事業所基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所種別 | □病院　　□診療所　　□歯科診療所　　□看護　　□介護  □訪問入浴　　□短期入所　　□居宅　　□薬局　　□その他 |
| 電話番号　　　※１ | 0256－　　　－ |
| ＦＡＸ番号　　※２ | 0256－　　　－ |

２　システム管理責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ） | （　　　　　　　　　　　　） |
| 役職 |  |
| 電話番号 | ※１と違う場合は記入ください。 |
| ＦＡＸ番号 | ※２と違う場合は記入ください。 |
| メールアドレス |  |

※上記メールアドレスにつきましては、「三条ひめさゆりネット」に関するお知らせ等に使用させていただきます。

３　システム使用者（予定）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ） | 氏名（フリガナ） |
| １　　　　　　　（　　　　　　　　　　） | ６　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） |
| ２　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） | ７　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） |
| ３　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） | ８　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） |
| ４　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） | ９　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） |
| ５　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） | 10　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） |

※１０名以上いる場合には、別紙を作成ください。