

## 「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	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他
電話番号 ※1	0256－ ー
FAX番号 ※2	0256－ ー

## 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。