

高知あんしんネット施設参加申請書

一般社団法人 高知県保健医療介護福祉推進協議会が運営する、高知県地域医療介護連携ネットワークシステム「高知あんしんネット」について、取り組み趣旨に同意し参加します。

※下記、太枠部分をご記入ください。(*)は必須です。

※「医療機関番号」について、「医科」・「歯科」の二科を有する場合は二科ともご記入ください。

施設登録情報記入欄	
記入日(*)	西暦 年 月 日
施設名(*)	(フリガナ) 印
施設区分(*)	1. 病院 2. 医科診療所 3. 歯科診療所 4. 薬局 5. 訪問看護ST 6. 介護系施設 7. その他 ()
施設代表者氏名(*)	(フリガナ)
連絡担当者氏名 (代表者以外に連絡担当者を設定する場合)	(フリガナ)
所属部署名	
メールアドレス (個人アドレスまたは共有アドレス)	
住所(*)	〒
電話番号(*) ②は任意	① () ② ()
FAX 番号	()
医療機関番号(*)	医科
	歯科
	薬局
介護保険事業者番号	

施設内ネット管理責任者情報記入欄	
施設内ネット管理責任者登録は必須です。施設内ネット管理者が上記と同じ場合は、どちらかを○で囲んでください。それ以外の場合は、ご記入ください。	
施設代表者と同じ ・ 連絡担当者と同じ	
氏名(*)	(フリガナ)
所属部署名	
メールアドレス (個人アドレスまたは共有アドレス)	

本書をコピーしたものを控えとして施設で管理し、本書を高知県保健医療介護福祉推進協議会にご提出ください。

(事務局取扱欄)

<input type="checkbox"/> 施設参加申請書受理日	<input type="checkbox"/> システムへの施設情報登録日	<input type="checkbox"/> 施設参加完了通知書送付日
担当者:	担当者:	担当者:
日付: 年 月 日	日付: 年 月 日	日付: 年 月 日