

様式1

年 月 日

## 宮古地域医療情報連携ネットワーク「みやこサーモンケアネット」利用申込書

特定非営利活動法人宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会長 行

宮古地域医療情報連携ネットワーク「みやこサーモンケアネット」の主旨・内容を理解した上で同ネットワークを利用したいので申し込みいたします。利用にあたっては「宮古地域医療情報連携ネットワーク運用規則」を遵守いたします。

フリガナ 施設名	
郵便番号 所在地	〒
フリガナ 代表者名	®
電話番号	
医療機関コード 介護保険事業者番号	
担当者名	所属 氏名 職名
メールアドレス	
電話番号	※上記電話番号と異なる場合にご記入下さい。

《協議会記載欄》

承認日 (受理日)	年 月 日	承認者	
--------------	-------	-----	--

〒027-0061 宮古市西町 1-6-2 宮古医師会館内  
特定非営利活動法人  
宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会事務局  
TEL/FAX 0193-65-7795