

高岡多職種連携システム参加申込書(医療機関用)

高岡多職種連携システム参加申込書運用管理規程について合意のうえ、下記の通り、高岡多職種連携システムに参加します。

申込日	令和 年 月 日
フリガナ	
医療機関名	
代表者名	印
管理責任者 注1	
利用機関識別番号 注2	

注1 「れんけいネット」に届け出ている、参加機関管理責任者名を記入すること。

2 「れんけいネット」から付与された番号を記載すること。