

(様式 A3)

南予地域連携ネットワークシステム「きさいやネット」

利用者登録申請書／端末接続申請書

申請日	令和 年 月 日
医療機関名	
申請者氏名 (利用者本人の氏名)	(フリガナ) ※申請者が複数名いる場合は利用代表者の氏名を記入し、別途 利用者一覧届出書(様式 A3-1)の提出をお願いします。
(※申請者が勤務医の場合、当該病院の院長の署名または記名・押印)	⑩
連絡担当部署、氏名 (利用者と異なる場合にご記入ください)	部署 氏名
住所	〒 -
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
使用パソコンの台数	台
使用パソコンの OS	
使用インターネット回線	
EMA ネットワーク加入状況	加入している ・ 加入していない ・ わからない
VPN 設置訪問希望日	第 1 希望日: 月 日 : 時頃 第 2 希望日: 月 日 : 時頃 第 3 希望日: 月 日 : 時頃

※登録申請者が複数名いる場合は、別途 利用者一覧届出書(様式 A3-1)に申請者の名前を記入し提出してください。

(市立宇和島病院記載欄)

受付	医療機関設置訪問日	利用者登録	検印
日付 /	日付 /	日付 /	

【事務局】 市立宇和島病院 医事課地域連携係

TEL:0895-25-1111(代表) FAX:0895-26-6560