

(様式 B3)

南予地域医療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

【調剤薬局・訪問看護用】

申請日	令和 年 月 日
利用機関名	
管理者氏名 (利用者本人の氏名) 署名又は記名押印	(フリガナ) <span style="float: right;">印</span>
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	
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

※利用申請書提出の際には、別途 利用者誓約書 (様式 B4) の提出が必要です。

(市立宇和島病院記載欄)

受付	VPN 設置訪問日	利用者登録
日付 /	日付 /	日付 /

検印
----

【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