

## コンテンツ掲載届出書

平成 年 月 日

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 殿

申込者 住所：  
名称：  
代表者名： 印  
担当者名  
電話番号：（ ） -  
fax番号：（ ） -  
メール： @

ネットワークログイントップWebサイト並びに周知用Webサイトでのバナー広告掲載に関する要綱第9条第1項の規定に基づき、下記のとおり届出します。

### 記

1. 広告内容（広告の原稿等を添付）：

--

2. 掲載期間：

掲載開始時期	平成 年 月 日
掲載終了時期	平成 年 月 日

※最長1年とします。

3. 提供媒体の種類 CD DVD USBメモリー  
その他（ ）

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /

様式第2号

## コンテンツ掲載届出受領書

平成 年 月 日

<掲載希望会社名> 御中

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長

平成 年 月 日に届出のあったコンテンツ掲載届出については、受理したことをお知らせします。

様式第3号

## コンテンツ登録依頼書

平成 年 月 日

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 様

住 所 :  
名 称 :  
代表者名 : 印  
担当者名  
電話番号 : ( ) -  
fax番号 : ( ) -  
メール : @

平成 年 月 日にてふくい医療情報連携システム運営協議会にて掲載届出は受理されましたので、ネットワークログイントップWebサイト並びに周知用Webサイトへのバナー掲載について掲載希望コンテンツとともに登録について依頼いたします。

- ※ コンテンツの内容を印刷したものを同封してください。
- ※ 周知用Webサイトはバナーのみであり、リンク先のURLも分かるように記載すること。

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /

様式第4号

## コンテンツ登録変更依頼書

平成 年 月 日

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 様

住 所 :  
名 称 :  
代表者名 : 印  
担当者名  
電話番号 : ( ) -  
fax番号 : ( ) -  
メール : @

平成 年 月 日にてふくい医療情報連携システム運営協議会が運用されている、ネットワークログイントップWebサイト並びに周知用Webサイトへのバナー掲載について掲載内容の変更をしたいので依頼いたします。

※コンテンツの内容を印刷したものを同封してください。

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /

様式第 5 号

## コンテンツ登録中止依頼書

平成 年 月 日

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 様

住 所 :  
名 称 :  
代表者名 : 印  
担当者名  
電話番号 : ( ) -  
fax番号 : ( ) -  
メール : @

平成 年 月 日にてふくい医療情報連携システム運営協議会が運用されている、ネットワークログイントップWebサイト並びに周知用Webサイトにて掲載しておりました、当社のバナー掲載について廃止届出を提出いたします。

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /

様式第6号

## コンテンツ掲載中止受領書

平成 年 月 日

<掲載希望会社名> 御中

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長

平成 年 月 日に届出のあったコンテンツ掲載中止届出については、受理したことをお知らせします。

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /