

## ふくい医療情報連携システム運営協議会 申込書兼参加申込書（保険薬局用）

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 殿

ふくい医療情報連携システム運営協議会会則及びふくい医療情報連携システム運用管理規程、またセキュリティポリシーについて合意のうえ、下記のとおり「ふくい医療情報連携システム協議会」に入会し、ふくいメディカルネットに参加致します。

申請日	年 月 日
ふりがな	
保険薬局名	
開設者名	印
運用責任者名	

申請保険薬局情報			
保険薬局機関コード（7桁）			
郵便番号	〒 —		
所在地	福井県		
電話番号		F A X 番号	
メールアドレス	@		

※ mailでご連絡する内容がありますのでメールアドレスも必ず記入してください。

接続台数	台
------	---

※できるだけセキュリティを確保するため、協議会から貸与された端末以外の使用については、ご遠慮ください。しかし複数台を希望する場合には、必要最小限の台数としてください。また、設置工事に関する事前調査シート（様式5）ならびに接続希望台数分、接続機器確認書（様式4）を作成してください。また本システムのセキュリティポリシーを遵守してください。複数台接続をする場合には、会費が異なりますのでご注意ください。

資料等送付先 ※上記住所と異なる場合のみご記入下さい。			
郵便番号	〒 —		
住所	福井県		
氏名			
電話番号		F A X 番号	

※利用者一覧表（様式2）及び参加同意書兼誓約書（様式3）を添付してください。

（事務局取扱欄）

□入会申請受理日 : 年 月 日  
□会費納付確認日 : 年 月 日

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /