

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

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	
施設名	
開設者名	印
運用責任者名	

申請者情報			
機関コード (7桁)			
郵便番号	〒 ー		
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。

端末について	<input type="checkbox"/> 協議会にて準備 (自己負担) 1 台
ふくいみまもりSNSへの参加 (ふくいメディカル ネットに参加された場合は無料で利用すること ができます) ※利用すると記入された場合は、上記のメールアドレス宛に利用申請書を 別途お送りいたします。	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 申請書のみ送付を希望

※ 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。

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	〒 ー		
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 /