ふくいみまもりSNS 利用申込書（事業所用）

**別紙様式１**

ふくい医療情報連携システム運営協議会事務局　御中

本事業所において、ふくいみまもりSNSを利用した情報共有を行いたいので、連携守秘誓約書（別紙様式２）を添えて、登録申請書のとおり申し込みます。

２０　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所コード（10桁） | １ | ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設名 |  |
| 施設の種類 | □医科医療機関　　□歯科医療機関　　　　　□保険薬局□訪問看護ST　　　□居宅介護支援事業所　　□その他（　　　　　　） |
| 施設住所 | 〒　　―福井県 |
| 連絡先 | 電話番号：ＦＡＸ： |
| 代表者名 | 　　　 |
| **以下の項目は貴施設のSNS施設内管理者としての情報となります。** |
| SNS施設内管理者名 | （フリガナ） |
|  |
| 管理画面ログイン用メールアドレス | 　　　　　　　　　＠※本アドレス宛にメンバー登録の案内ならびにクライアント証明書が送付されます。SNS利用者としての本アドレスを指定することはできません。別のアドレスにて利用者の追加登録をお願いします。 |
| 職種 |  |
| VPN申請数 | 　　　　　　　　　　個※VPNはWEB会議の際にセキュリティ向上を目的に使用します。※１機関原則２個となります。必要ない場合には申請は空欄で結構です。 |
| ふくいメディカルネットに参加されていますか | □ 既に参加している□ 参加していない⇒ふくいみまもりSNS単体にて参加を希望する |



（事務局取扱欄）

□届出受理日　　　：　　　　　　年　　 月　　 日 　（郵送　・　ＦＡＸ　・　その他）

□SNS利用登録日：　　　　　　年　　 月　　 日

事務局受付済み

日付　/

協議会公印

日付　/

事務局責任者

日付　/