

ふくいみまもりSNS 利用申込書（事業所用）

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										
施設の種類の種類	<input type="checkbox"/> 医科医療機関			<input type="checkbox"/> 歯科医療機関			<input type="checkbox"/> 保険薬局			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ST			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所			<input type="checkbox"/> その他 ()			
施設住所	〒 ー 福井県									
連絡先	電話番号： FAX：									
代表者名										
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	<input type="checkbox"/> 既に参加している <input type="checkbox"/> 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	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /