

様式1-1(医療機関、歯科医師、薬剤師・管理者用)

西区在宅あんしん連携システム 利用登録依頼書

会員情報

貴社名	広島市西区医師会
ご担当者名	
ご連絡先電話番号	082-297-6636
依頼書送付先	広島市西区福島町2丁目24番1号

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

※法人の場合は法人名もご記入ください

ご記入日:

年

月

日

医療機関情報	(フリガナ) 医療機関名 (法人名等)		
	(フリガナ) 代表者名		印
	住 所	〒	
	電話番号		

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種	
		患者登録	
1	(フリガナ)	医師	その他 ()
	(氏 名)	患者登録	する・しない
2	(フリガナ)	医師	その他 ()
	(氏 名)	患者登録	する・しない
3	(フリガナ)	医師	その他 ()
	(氏 名)	患者登録	する・しない
4	(フリガナ)	医師	その他 ()
	(氏 名)	患者登録	する・しない
5	(フリガナ)	医師	その他 ()
	(氏 名)	患者登録	する・しない

備考 _____