

様式1-2(医療機関、歯科医師、薬剤師・参加者用)

## 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
	(フリガナ)	医師 ・ その他 ( )
	(氏 名)	歯科医師 ・ 薬剤師
2	(フリガナ)	医師 ・ その他 ( )
	(氏 名)	歯科医師 ・ 薬剤師
3	(フリガナ)	医師 ・ その他 ( )
	(氏 名)	歯科医師 ・ 薬剤師
4	(フリガナ)	医師 ・ その他 ( )
	(氏 名)	歯科医師 ・ 薬剤師
5	(フリガナ)	医師 ・ その他 ( )
	(氏 名)	歯科医師 ・ 薬剤師

備考 \_\_\_\_\_