

管理番号 ()

医療機関登録申請書(医療連携ネットワーク)

桐生厚生総合病院が提供する医療連携情報サービスへの登録申請される方は、利用者規定をよくお読みになり、下記必要事項をご記入の上、捺印をお願いいたします。

ご記入欄				以下、太枠の中をボールペンではっきりとご記入ください。			
				申込日 令和 年 月 日			
【申請内容】 該当するものに○				医療機関コード(7桁)			
新規登録	登録変更	登録中止	登録抹消				
医療機関名 _____							
住 所 _____							
院 長 名 _____ (印)							
TEL _____				FAX _____			
E-mail: _____							

利用者申請

ID・パスワード登録者

(フリガナ)	性別
氏 名	男・女

閲覧医療機関

桐生厚生総合病院

申請書受理 令和 年 月 日

桐生厚生総合病院 記入欄

利用者

ID	パスワード

ユニバーサルコネク

ID	パスワード

発 送 日 令和 年 月 日