大阪公立大学医学部附属病院　地域医療情報連携ネットワーク

利用申込書及び誓約書

大阪公立大学医学部附属病院

病院長　様

　大阪公立大学医学部附属病院地域医療情報連携ネットワークを利用するにあたり、大阪公立大学医学部附属病院地域医療情報連携ネットワーク利用要綱について同意し、利用者の責務を遵守することを誓約し、利用を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 | （ふりがな） |
| 医師氏名 | （ふりがな） |
| 医療機関住所 | 〒 |
| 医療機関連絡先 | （TEL）（FAX） |
| メールアドレス |  |
| 利用端末機（不明な箇所は空白で構いません。） | □Windows8.1　　□Windows10　　□Windows11□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）ブラウザ名：　　　　　　　／バージョン：ウィルス対策ソフト名：　／バージョン： |

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

（地域医療連絡室記入欄）受付日：　　　年　　月　　日／登録日：　　　年　　月　　日