

# 利用申込書送付先 FAX 番号 06-6636-3539

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。)	<input type="checkbox"/> Windows8.1 <input type="checkbox"/> Windows10 <input type="checkbox"/> Windows11 <input type="checkbox"/> 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