

様式1-1

情報共有システム利用登録依頼書

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	公益社団法人 東村山市医師会
ご担当者名	
ご連絡先電話番号	042-395-1212
ID 送付先住所	〒189-0014 東京都東村山市本町 4-5-6 FAX:042-394-4582

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

令和 年 月 日

※法人の場合は法人名もご記入ください

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
1	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
2	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
3	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
4	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
5	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない

備考 _____