

(参加施設→福岡県医師会)

福岡県医師会診療情報ネットワーク
レセプトデータバックアップ参加申請書

公益社団法人 福岡県医師会 御中

福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）におけるレセプトデータバックアップへの参加を希望します。

記入日 年 月 日

フリガナ 施設名			
保険医療 機関番号			
フリガナ 代表者氏名			印
	(役職)		
住 所	〒 — —		
電話番号	— —	F A X 番号	— —
メール アドレス	@		
連絡窓口	フリガナ 氏 名	(部署) (役職) (内線)	
申請書 記入者	フリガナ 氏 名	(部署) (役職)	印

連絡窓口に記載のあるご担当者様へ関連書類の送付、関連事項のご連絡をさせていただきます。