資料Ｈ－５
(郡市区医師会→参加施設)

福岡県医師会診療情報ネットワーク多職種連携システム
参加申請書

在宅医療・介護に関する多職種連携のための情報システム利用について、規定の制約事項を順守することを誓約し、利用登録を申請します。

記入日　　年　　月　　日

フリガナ 施設名			
フリガナ 代表者氏名	印 （役職　　）		
住　所	郵便　　―		
電話番号	―　　―	ＦＡＸ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　　印 （部署　　）（役職　　）		
利用端末	□ｉＰａｄ____台（ □自施設既存分____台　□新規導入____台 ） □パソコン____台（ インターネット環境　□あり　□なし ）		
訪問時間 の希望	□昼休み　□診療後　□休日 □空いた時間で調整可能（事前連絡後）□その他（　時　分 ～　時　分） 備考（　　）		
備　考			

資料Ｈ－５
(郡市区医師会→参加施設)

ログイン用ＩＤについて

本多職種連携システムへログインを希望される利用者氏名および所属・役職をご記入下さい。

① ログインIDとパスワードは、各利用者に付与いたします。
② ログインID毎に使用履歴を管理しますので、ログインを希望される利用者の数だけご記入下さい。
③ メールアドレスは空白でも構いません。
④ 職種は下記の中からご記入ください。
　医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、栄養士、診療放射線技師、診療Ｘ線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、救急救命士、介護士、事務、連携室、その他

フリガナ 施設名	

フリガナ 氏名	所属・役職	職種	メールアドレス