

記入例 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 2021 年 ××月××日

フリガナ 施設名	トビウメハウモンカンゴステーション とびうめ訪問看護ステーション		
フリガナ 代表者氏名	トビウメ タロウ 飛梅 太郎		印
	(役職 施設長)		
住 所	郵便 812 — 0000 福岡県福岡市博多区飛梅 1-1-1		
電話番号	092 —123—4567	F A X 番号	092 —123—4568
メール アドレス	tobiemekanngo @ ●●●●.jp		メールアドレスは未記入可
連絡窓口	フリガナ トビウメ ウメコ 氏 名 飛梅 梅子	(部署 訪問看護) (役職 管理者) (内線)	
申請書 記入者	フリガナ トビウメ ウメコ 氏 名 飛梅 梅子	(部署 訪問看護) (役職 管理者)	印
利用端末	<input checked="" type="checkbox"/> iPad <u>1</u> 台 (<input checked="" type="checkbox"/> 自施設既存分 ___ 台 <input type="checkbox"/> 新規導入 ___ 台) <input type="checkbox"/> パソコン ___ 台 (インターネット環境 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
訪問時間 の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 昼休み <input type="checkbox"/> 診療後 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 空いた時間で調整可能(事前連絡後) <input type="checkbox"/> その他(時 分 ~ 時 分) 備考 ()		
備 考	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 端末の設定業者(ISM)の担当者が訪問します。 ご都合のよい時間をご記入ください。 </div>		

