**海南病院地域医療連携登録医　申込書**

　　　　年　　　月　　　日

ＪＡ愛知厚生連　海南病院　地域医療連携センター　宛

以下の通り、海南病院地域医療連携登録医に申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | |
| ご氏名 | |  | |
| フリガナ | |  | |
| ご施設名 | |  | |
| 所 在 地 | | （〒　　　　－　　　　） | |
| 電話番号 | |  | FAX番号： |
| e-mail | |  | |
| * ご同意いただける項目にチェックをお願いします。   **登録医として、「海南病院　登録施設制度実施規程」を遵守します。**  **登録医として、海南病院院内掲示およびホームページ掲載を了承します。**  **※以下貴院のホームページをお持ちの医療機関様**  **ホームページアドレスの海南病院ホームページ掲載を了承します。**  「海南病院地域医療連携ﾈｯﾄﾜｰｸｼｽﾃﾑ」（愛称：『海南SUN-senネット』）利用をご希望の場合：   * ご同意いただける項目にチェックをお願いします。 | | | |
|  | **「海南病院地域医療連携ネットワークシステム」利用に関する規程　を遵守します。** | | |
|  | **HumanBridgeのアカウント管理は厳重に行い、端末のセキュリティ対策（ウィルス対策**  **ソフトのインストール、OSのアップデート等）を万全にします。** | | |

* ご記入後に海南病院地域医療連携センターへFAX・郵送またはe-mailして下さい。

JA愛知厚生連　海南病院　地域医療連携センター

〒498-8502　愛知県弥富市前ケ須町南本田396

TEL:0567-65-2518

FAX:0567-67-2975

e-mail:SUN-sen@kainan.jaaikosei.or.jp

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・以下　海南病院　記入欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

係

医療情報室

日付

　　　　年

　　月　　日

係

地域医療連携センター

日付

　　　　年

　　月　　日