

# 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。

<input type="checkbox"/>	「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。
<input type="checkbox"/>	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 愛知県弥富市前ヶ須町南本田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.....

地域医療連携センター	
日付	係
年	
月 日	

医療情報室	
日付	係
年	
月 日	