

八尾市立病院 病院・診療所・薬局連携システム利用申請書（施設従業員用）

（あて先）八尾市立病院 病院長

八尾市立病院「病院・診療所・薬局連携システム運用要綱」について同意のうえ、下記の者（1施設2名まで）を「病院・診療所・薬局連携システム運用要綱」に参加を希望いたします。

申し込み日		年	月	日
責任者 (システム管理者)				
申込者 ①	氏名	(ふりがな)		
	職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()		
申込者 ②	氏名	(ふりがな)		
	職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療機関名 (薬局名)		(ふりがな)		
医療機関コード (7桁)				
代表者または開設者				
住所		〒		
電話番号				
F A X				
連絡可能なメールアドレス				
訪問候補日時 (セットアップ作業において伺いますので、ご希望の候補日を記載してください)		月	日	() 曜日
		月	日	() 曜日
		月	日	() 曜日

受付	係長	課長補佐	課長	病院長