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 | □医師　□看護師　□その他（　　　　　　　） |
| 申込者② | 氏名 | （ふりがな） |
| 職種 | □医師　□看護師　□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 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 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伺いしますので、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 |

病院長

課長

課長補佐

係長

受付