別紙（第１２条関係）

八尾市立病院　病診薬連携システム利用申請書

（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、下記のとおり「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 |
| 氏名 | （ふりがな） |
| 免許番号 |  |
| 施設名 | （ふりがな） |
| 医療機関コード施設コード |  |
| 代表者または開設者 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 診療科（医科のみ） |  |
| 八尾市立病院登録医（医科・歯科のみ） | □登録済み　□未登録 |
| 所属団体 | □医師会会員□歯科医師会会員□薬剤師会会員□訪問看護ステーション協議会会員□介護保険事業者連絡協議会会員 |
| 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 |

課長

参事

係長

受付

病院長