

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	
F A X	
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)	<input type="checkbox"/> 登録済み <input type="checkbox"/> 未登録
所属団体	<input type="checkbox"/> 医師会会員 <input type="checkbox"/> 歯科医師会会員 <input type="checkbox"/> 薬剤師会会員 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション協議会会員 <input type="checkbox"/> 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

受付	係長	参事	課長	病院長