

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 込 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		

受付	係長	課長補佐	課長	局長	病院長