愛知医科大学病院　地域医療連携ﾈｯﾄﾜｰｸｼｽﾃﾑ（ＡＭＵネット） 登録申請書

愛知医科大学病院　病院長殿

愛知医科大学病院地域医療連携ネットワークシステム利用規約同意の上，地域医療連携ネットワークシステムに登録し，利用したいので登録申請します。

申請日 ：　　　　 年　　　 月　　 日

施設名 ：

所在地 ： 〒

利用医療機関の長 ：自署

電話番号 ： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

（以下，利用代表者：利用医療機関の長自身の申請の場合もご記入下さい）

ふりがな

氏名 ： 自署　　　　　　　　　　　 　　　所属：

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

E メールアドレス ： 　　　　　　　　　　＠

注：本書類は誓約書，第2～3号様式とあわせて地域医療連携室（FAX後郵送）へ提出して下さい。

 申請後，利用申請結果及び接続日程調整等に関してご連絡いたします。

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

（愛知医科大学病院 取扱欄）

受理日：　　　　 年　　　 月　　 日

地域医療連携室

統括管理者確認

日付　　 ／

日付　　 ／

□ 連携医療機関へ連絡(　　　 月　　 日)

 □ 電話　　□ FAX　　□ メール

□ 医療機関コード：

　 □ VPN利用者ID：

□ VPNパスワード：

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　※本書原本は，地域医療連携室にて保管