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）利用者申込書

申請日：　　 年　　 月　　 日

施設名：

利用代表者名：

当院について次のとおり，ユーザＩＤの登録をお願いします。

|  |
| --- |
| 利　用　者 |
| 申請区分 | （　ふりがな　）氏名 | 職種 |
| 例 | ■新規　□再発行　□削除 | （　　あいち　たろう　）愛知　太郎 | 医師 |
| 1 | □新規　□再発行　□削除 | （　　　　　　　　　） |  |
| 2 | □新規　□再発行　□削除 | （　　　　　　　　　） |  |
| 3 | □新規　□再発行　□削除 | （　　　　　　　　　） |  |
| 4 | □新規　□再発行　□削除 | （　　　　　　　　　） |  |
| 5 | □新規　□再発行　□削除 | （　　　　　　　　　） |  |
| 6 | □新規　□再発行　□削除 | （　　　　　　　　　） |  |
| 7 | □新規　□再発行　□削除 | （　　　　　　　　　） |  |