藤田医療情報ネットワーク　医療機関入会申請書

藤田医科大学ばんたね病院　病院長殿

藤田医療情報ネットワーク（坂文種）の利用規約及び地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用約款に同意しましたので、入会を申請いたします。

年　　月　　日

ふりがな

■施設名　　：

（〒　　－　　）

■施設住所　：

ふりがな

■代表者氏名：

■メールアドレス：

（上記アドレスを登録させていただきます。）

■電話番号　：　　FAX 番号：

■病床数　　：　　■標榜診療科：

下記事務局まで、郵送またはFAX願います。

〒454-8509
名古屋市中川区尾頭橋 3 丁目 6-10
藤田医科大学ばんたね病院
地域医療連携センター
TEL：052-323-5918／5927
FAX:052-323-5726

□事務局取扱欄

申請書受理日：　　担当者：

利用開始日：　　担当者：