

藤田医療情報ネットワーク 利用者申請書

年 月 日

■施設名 : _____

ふりがな

■利用者 : _____

郵便番号 _____

■住所 : _____

■生年月日: 大正 昭和 平成 年 月 日 ■性別: 男 女

■電話番号:(_____) - _____ ■職種: 医師 薬剤師

■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。)

利用者ごとに申請ください。
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
藤田医科大学ばんだね病院
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: