藤田医療情報ネットワーク岡崎　医療機関入会申請書

藤田医科大学 岡崎医療センター　病院長殿

藤田医療情報ネットワーク岡崎の使用規約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　　：

ふりがな
■代表者氏名：

（〒　　－　　）
■施設住所　：

■標榜診療科：

■病床数　　：

■電話番号　：（　　）　　－　　FAX 番号：

■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。）

下記事務局まで、郵送またはFAX願います。

〒444-0827
愛知県岡崎市針崎町字五反田 1 番地
藤田医科大学 岡崎医療センター　医療連携室
TEL：0564-64-8200　FAX:0564-64-8194
メールアドレス：hp4renkei@fujita-hu.ac.jp

（問合せ時間）
平　日：午前 8 時 45 分から午後 7 時
土曜日：午前 8 時 45 分から午後 0 時 30 分
なお、日曜日、祝祭日、年末年始（12 月 29 日から翌年 1 月 3 日まで）は除く。

□事務局取扱欄

申請書受理日：　　担当者：

利用開始日：　　担当者：