



藤田医療情報ネットワーク 医療機関入会申請書

藤田医科大学岡崎医療センター 病院長殿

藤田医療情報ネットワークの利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。

〒440-0829

愛知県岡崎市針崎西 2 丁目 6 番地 1

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: _____