藤田医療情報ネットワーク　ID-Link利用者申請書

年　　月　　日

■施設名　：

ふりがな
■利用者　：

■資格　：医師　（診療科：　　　　　　）
　　　　：歯科医師・薬剤師・放射線技師・検査技師・その他※

■生年月日：　　　年　　月　　日　■性別：　男　女

（〒　　－　　）
■住所　：

■電話番号：（　　　）　　－

■メールアドレス：

■初期パスワード：
（ID-Link ログイン時に必要になりますので、半角英数字 5 文字以上 16 文字以内で設定して下さい。）

利用者ごとに申請ください。

※資格がその他の場合は、別途**「利用者申請書（特例誓約書）」**を提出してください。

下記事務局まで、郵送または FAX 願います。

〒444-0829
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：