



藤田医療情報ネットワーク 医療機関入会申請書

藤田医科大学病院 病院長殿

藤田医療情報ネットワーク(豊明)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。

〒470-1192
愛知県豊明市杓掛町田楽ヶ窪 1 番地 98
藤田医科大学病院 地域連携室
TEL:0562-93-2995 FAX:0562-93-3666
メールアドレス:renkei@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: _____