

(別紙様式 1-2)

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院地域医療連携ネットワークシステム
(中京病院連携ネット)
利用者申請書

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 院長 殿

私は、独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院の電子カルテを閲覧することを目的に独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院地域医療連携ネットワークシステム（以下「中京病院連携ネット」という。）の利用を申請します。「中京病院連携ネット」の利用にあたっては、利用規約及び細則を遵守します。

申請日（西暦） 20__年__月__日

参加機関管理責任者（所属・役職） (氏名) 印

利用者指名書

私は、「中京病院連携ネット」の安全かつ適正な利用を図り、データの保護が確保される運用を行います。また、以下の者を利用者として指名し、「中京病院連携ネット」利用規約及び細則を遵守するよう管理します。

(フリガナ)

利用者（所属・役職） (氏名) (新規・削除) (男・女)
生年月日 年 月 日

(フリガナ)

利用者（所属・役職） (氏名) (新規・削除) (男・女)
生年月日 年 月 日

(フリガナ)

利用者（所属・役職） (氏名) (新規・削除) (男・女)
生年月日 年 月 日

(フリガナ)

利用者（所属・役職） (氏名) (新規・削除) (男・女)
生年月日 年 月 日

(フリガナ)

利用者（所属・役職） (氏名) (新規・削除) (男・女)
生年月日 年 月 日

【備考】（記述不要です）