

利 用 者 登 録 申 請 書

(きしのうらネット参加登録申請書)

独立行政法人地域医療機能推進機構
九州病院 (JCHO九州病院)
院長 内山 明彦 殿

(独)地域医療機能推進機構 九州病院 きしのうらネットの趣旨、運用規程並びに関係法令を理解し、当該ネットの利用者として参加したいので、下記のとおり利用者登録を申請いたします。

申請日 : 平成 年 月 日

施設名 : _____

住所 : (〒) _____

電話番号 : _____ F A X 番号 : _____

ふりがな
利用者氏名 : _____ (自署) 性別 男 ・ 女

生年月日 : _____ メールアドレス _____

ログイン名 : _____ (同施設内で重複する場合は変更をお願いすることになります)
(半角英数字 5 文字以上、10 文字以内でお願いします。)

《個人情報取り扱い》

ご記入いただきました個人情報は、きしのうらネットの運用および事務局よりの連絡以外には使用せず、利用者の固有情報として保護し、取り扱いには充分注意いたします。

※ 平素は、きしのうらネットの推進につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
きしのうらネットを利用するにあたり、システムへの利用者登録が必要になります。つきましては上記必要事項にご記入いただき医療支援部（事務局担当）まで F A X していただきますようお願い申し上げます。

(独)地域医療機能推進機構 九州病院 きしのうらネット
事務局担当：医療支援部
T E L : 0120-489-788
F A X : 0120-229-822