

あいしんネット（医用画像地域連携ネットワーク）

参加登録申請書（医療機関用）

大分愛心ネット（以下あいしんネット）（医用画像地域連携ネットワーク）（以下、当ネットワークという）の利用に際し、当ネットワークの運営管理規定に同意の上、当参加登録申請書（医療機関用）により登録申し込みを申請します。

* 参加登録申請書を提出される前に、必ず当ネットワークの運営管理規定（当申請書に添付）をお読み下さい。

＜ 参加登録申請 ＞

◆申請先（宛先）：国立病院機構 大分医療センター 御中

* 以下の項目について申請者にて記入願います。

申請日:	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (*当申請書の作成日を記入)		
施設名称: (フリガナ)	_____ ()		総病床数 (床)
医療機関コード:	_____		
開設者氏名: (フリガナ)	_____ ()	院長氏名: (フリガナ)	_____ ()
性別:	(男 ・ 女)	性別:	(男 ・ 女)
所属医師会:	<input type="checkbox"/> 加入済/医師会名: _____		<input type="checkbox"/> 未加入
E-mail アドレス:	_____		
電話番号:	_____ . _____ . _____	FAX 番号:	_____ . _____ . _____
住 所:	〒()-() _____ (フリガナ) () _____		
当ネットワークの運営管理規定に同意し、上記内容の通り、参加登録申請を致します。		院長氏名: (* 自署)	_____ 印

* 記入漏れや、押印漏れのないことを確認の上、添付の返送用封筒にて、送付願います。

* 登録申請書を受理後、当ネットワークへの接続に必要なアクセス(アカウント)ID やパスワードなどをお知らせ致します。

*****以下は記入しないで下さい*****

申請受付	申請登録	登録通知		Account ID	
				Log in P/W	
				登録機関名	
				その他	