

令和 年 月 日

日本医科大学付属病院 医療連携ネットワーク窓口担当者登録用紙

平素より、当院との医療連携にご協力を賜り御礼申し上げます。

今回お申込みいただきました、本ネットワークのご利用は、富士通より貴施設のID・パスワード発行後、当院の職員がシステムの設定に伺わせていただいた後に開始となります。

つきましては、恐れ入りますが当院職員の訪問日時をご連絡をさせていただくため、本ネットワーク窓口となるご担当者の方のお名刺(メールアドレスの記載があるもの)を同封、もしくは、下記にお名前等ご記入をお願い申し上げます。

医療機関の名称： _____

ご担当者名： _____

医療機関の所在地：〒 _____

Tel(代表) _____ (内線)

E-mail： _____ @ _____