（様式1）

地域医療連携ネットワークシステム（HiMEネット）利用者登録・端末接続申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | （西暦）　20　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 施設名 |  | | | |
| 申請者氏名 | （フリガナ） | | | |
|  | | | |
| 生年月日／性別 | 年　　　月　　　日 | | | □男性・□女性 |
| 職種 | 医師(D) ・ 看護師(N) ・ MSW(M) ・ 薬剤師(P) ・ 事務職員(J)  理学療法士等(R) ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 申請者が医師以外の医療従事者の場合、管理責任者の署名 |  | | | |
| 住所 | 〒　　　- | | | |
|  | | | |
| 連絡先（電話番号） |  | FAX番号 |  | |
| メールアドレス |  | | | |
| 使用端末台数 | 台 | 端末のOS |  | |
| 使用インターネット回線 |  | ※EMAネット | 加入　未加入　不明 | |
| 備考（連絡事項等あれば記入） |  | | | |

※EMAネットの加入状況については、病院・診療所の場合にご回答ください。

―――【これより下は愛媛大学医学部附属病院　地域連携担当部署記載欄です】―――――――――――

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 利用者登録日 |  | 確認印 |
| 20　　年　　月　　日 | 20　　年　　月　　日 |  |

〒791-0295　愛媛県東温市志津川454

愛媛大学医学部附属病院

総合診療サポートセンター　地域医療連携ネットワークシステム（HiMEネット）担当

089-964-5111（代表）内線2362

FAX：089-960-5995