

(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	<input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 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
20 年 月 日	20 年 月 日

確認印

〒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