

送信先 FAX :  
0954-23-2216

カナミックネットワーク  
会員専用

様式1-1

## 情報共有システム利用登録依頼書

### カナミックネットワーク会員情報

貴社名	一般社団法人 武雄杵島地区医師会
ご担当者名	
ご連絡先電話番号	0954-22-3344
ID 送付先住所	〒843-0023 佐賀県武雄市武雄町大字昭和 300 番地

\*\*\*\*\*情報共有システム ID 発行依頼先情報\*\*\*\*\*

平成 年 月 日

※法人の場合は法人名もご記入ください

医療機関情報	(フリガナ) 医療機関名 (法人名等)	
	(フリガナ) 代表者名	印
	住 所	〒
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種
1	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ( )
	(氏 名)	患者登録 する / しない
2	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ( )
	(氏 名)	患者登録 する / しない
3	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ( )
	(氏 名)	患者登録 する / しない
4	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ( )
	(氏 名)	患者登録 する / しない
5	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ( )
	(氏 名)	患者登録 する / しない

備考 \_\_\_\_\_