

神奈川県立子ども医療センター地域医療連携ネットワーク

利用者登録申請書

申請日： 年 月 日

神奈川県立子ども医療センター総長 殿

「神奈川県立子ども医療センター地域医療連携ネットワーク運用規程」を確認し、その内容について理解・同意したので、同規程第7条第2項の規定により、利用者登録を申請します。

【申請者記入欄】

フリガナ	
氏名	印 (自筆署名又は記名+押印)
生年月日	年 月 日
性別	男 ・ 女 (いずれかに○をしてください)
申請区分	新規 ・ 接続端末変更 ・ 従事先変更 (いずれかに○をしてください)
従事する施設	
連絡先電話番号	() -
メールアドレス	

【子ども医療センター使用欄】 ※ここから下は記入しないでください。

- 内容チェック (記載内容に不備がないか、不正な使用の恐れがないか等)
 同姓同名チェック (二重登録に該当しないか、従事先変更の場合、前IDを停止したか等)
 従事施設チェック (連携先医療施設であるか等)

(決裁)

総長	事務局長	経営企画課長	経営企画課員	地域連携・ 家族支援局長	主任

上記申請書の内容を審査したところ、適正であると認められるので、次のとおり登録を行ってよいでしょうか。また、申請者あてに結果を通知してよいでしょうか。

【VPN接続】

ID番号	
パスワード	

【利用者】

ID番号	
パスワード	

(処理)

受理日	通知日	台帳登録