（様式３）

西予市地域医療情報連携ネットワークシステム（せい坊ネット）

利用医登録申請書／端末接続申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関コード |  |
| 利用医氏名 | （ふりがな） |
| （※利用医が勤務医の場合、  当該病院院長の署名または  記名・押印） | ㊞ |

※端末の接続を希望される場合は以下の記入もお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 接続端末の所在地 | 〒　　　　　- |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 使用するパソコンの台数 | 台 |
| 使用するパソコンのOS | Windows　・　Mac OS　・　その他　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用するインターネット回線 |  |
| EMAネットワーク加入状況 | 加入している　　・　　加入していない　　・　　わからない |
| VPN接続訪問希望日 | 第1希望日：　　　　　月　　　　日　　　　　　　：　　　 時頃  第2希望日：　　　　　月　　　　日　　　　　　　：　　　 時頃  第3希望日：　　　　　月　　　　日　　　　　　　：　　 　時頃 |
| 連絡担当部署・氏名 | □申請者と同じ  部署　　　　　　　　　　　　　　 氏名 |

（西予市記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日 | 年　　　月　　　日 |
| 接続訪問日 | 年　　　月　　　日 |
| 利用者登録 | 年　　　月　　　日 |
| 確認者 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用医ID | 初期パスワード |
|  |  |

【送付先】

西予市医療介護部医療対策室

〒797-8501

西予市宇和町卯之町三丁目434番地１

TEL：0894-62-6424　FAX:0894-62-6564