

(様式3)

西予市地域医療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)	⑩

※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	<input type="checkbox"/> 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】

西予市生活福祉部健康づくり推進課
医療介護推進室
〒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