

【様式 1】

こうとうメディネット 入会申請書

「こうとうメディネット」の入会を申請致します。利用にあたっては、利用規約を遵守します。

(以下の必要項目を記載しこうとうメディネット事務局へ提出してください)

申請日	年 月 日
法人・団体名	(フリガナ)
施設・事業所名	(フリガナ)
申請者	(フリガナ)
事業所管理者※1 (申請者と同じ場合、「同上」)	(フリガナ) 男・女
事業所管理者 職種	☐ 医師 ☐ 薬剤師 ☐ 看護師 ☐ MSW ☐ 訪問看護師 ☐ 管理栄養士 ☐ ケアマネジャー ☐ 相談員 ☐ PT・OT・ST ☐ 介護士 ☐ ヘルパー ☐ 事務員 ☐ その他 ()
所在地	〒
TEL	
FAX	
代表 e-mail	

※1 事業所管理者とは、当該施設においてこうとうメディネットの利用に関して管理責任を負う者としてします。

※2 登録完了後、事業所管理者宛に案内しますので、端末の ID/パスワード管理・セキュリティ対策をお願いします。

お問い合わせ先：こうとうメディネット事務局

(社会医療法人社団 順江会 江東病院)

〒136-0072 東京都江東区大島 6-8-5

TEL.03-3685-2166 FAX.03-3683-4919

e-mail. koto.yakuyaku@gmail.com

【事務局記載欄】

受理日	年 月 日
事務局担当者	
施設 ID	
セキュリティ ID	
事業所管理者スタッフ ID	
事業所管理者パスワード	
書類発送日	年 月 日