

ネットワーク連携運用申出書

いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会長 様

機関・組織 所在地  
名称  
代表者名

印

「いしかわ診療情報共有ネットワーク」と連携して運用したいので、申し出ます。

診療情報等共有 の仕組みの名称	
上記の運用責任 者の職・氏名	
連絡先	TEL : FAX :
利用サービス	運業者名 : サービス名 :

※貴機関・組織の情報共有の仕組みに関連する全ての規程類を添付してください。