

きのくに医療連携システム「青洲リンク」参加申請書

年 月 日

システム運用管理者 様

施設名

申請責任者 \_\_\_\_\_

きのくに医療連携システム「青洲リンク」の利用について、きのくに医療連携システム「青洲リンク」利用規約に同意の上、次のとおり申請します。

申請年月日【必須】	年 月 日
申請区分【必須】	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 一部変更 <input type="checkbox"/> 休止 <input type="checkbox"/> 退会
施設名称（正式名称）【必須】	ふりがな
施設名称（略称名称）【必須】 *12文字以内	
住所【必須】	〒  TEL FAX
医療機関番号（レセプト申請時に利用する医療機関番号7桁をご記入ください。）【必須】	
患者ID桁数（電子カルテ・オーダーリングシステム・医事会計システム）【必須】	桁
システム運用責任者【必須】	部署 氏名 TEL FAX e-mail @

ホームページアドレス	
開始（変更・休止・退会） 希望年月日	年 月 日
区分	1. 病院    2. 診療所    3. 薬局 4. その他 ( )
標榜診療科	