

きのくに医療連携システム「青洲リンク」参加申請書

2024 年 10 月 16 日

システム運用管理者 様

施設名 医療法人 ●●●●クリニック
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】	☒ 新規 ☐ 一部変更 ☐ 休止 ☐ 退会
施設名称（正式名称）【必須】	ふりがな ●●●●くりにっく 医療法人 ●●●●クリニック
施設名称（略称名称）【必須】 *12 文字以内	●●●●クリニック
住所【必須】	〒■■■■-■■■■ 和歌山市紀三井寺▲▲-▲ TEL ■■■-■■■■ FAX ●●●-●●●●
医療機関番号（レセプト申請時に使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 地域連携室 氏名 ×× × TEL ■■■-■■■■ e-mail ●●●● @ ●●●● メールアドレスは、青洲リンクのメーリングリストに登録いたします。書類等を添付して送信する場合がありますので、パソコンのアドレスをご記入ください

ホームページアドレス	あれば URL をご記入下さい
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	内科 皮膚科 薬局の場合は記入の必要はありません