

様式 1

NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステム
利用申込書

NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステム運用管理者 殿

NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステム利用マニュアル、ID-Link 利用約款、および各種関連ガイドラインを遵守し、閲覧施設としての責任を理解の上、NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステムを利用いたします。

申込日	年	月	日
フリガナ			
医療機関名			
医療機関コード(7桁)			
フリガナ		印	
代表者名 ※自署または公印をお願いします			
フリガナ			
担当者部署/氏名			
所在地	〒		
TEL		FAX	
メールアドレス			
病床数 (一般病床+療養病床)	床		

NTT 東日本札幌病院

医療情報システム担当

〒060-0061 札幌市中央区南1条西15丁目

TEL : 011-623-7000 (内線 7567)

FAX : 011-623-7527

Mail : smc-system-ml@east.ntt.co.jp