

様式 2

NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステム
利用申込書兼誓約書

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

私は、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に示された事項を十分理解した上で、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することを誓約します。

申込日	年	月	日
医療機関名			
フリガナ			
利用者氏名（自署）			印
職員番号 ※1			
職種			
診療科（医師のみ）			
メールアドレス（任意）			

※1 ログインIDが「職員番号@*****」となります。
空欄の場合は任意の番号でIDを発行します。

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