

(様式 A3)

地域連携ネットワークシステム「臨海ネット」

利用医登録申請書／端末接続申請書

申請日	西暦	年	月	日
医療機関名				
医療機関コード				
申請医氏名 (利用医本人の氏名)	(フリガナ) ※申請医が複数名の場合は利用代表者の氏名を記入し、別途 利用者一覧届出書(様式 A3-1)の提出をお願いします。			
(※申請者が勤務医の場合、当該病院の院長の署名または記名・押印)	④			
連絡担当部署、氏名 (利用者と異なる場合にご記入ください)	部署	氏名		
住所	〒	-		
電話番号				
FAX 番号				
メールアドレス				
使用パソコンの台数	台			
使用パソコンの OS				
使用インターネット回線	(記入例:フレッツ光 ネクスト)			
接続方法: 有線 ・ 無線	ブロードバンドルーターの利用 : 有り (製品名:) ・ 無し			
VPN 設置訪問希望日	第 1 希望日:	月	日	: 時頃
	第 2 希望日:	月	日	: 時頃
	第 3 希望日:	月	日	: 時頃

※登録申請者が複数名の場合は、別途 利用者一覧届出書(様式 A3-1)に申請者の名前を記入し提出してください。

(東京臨海病院記載欄)

受付	医療機関設置訪問日	利用者登録
日付 /	日付 /	日付 /

検印

【事務局】 東京臨海病院 医療連携室

TEL:03-5605-8811(代表) FAX:03-5605-7182(直通)