

『いつつばしネット』利用申込書



一般社団法人 岩国市医師会長 小林元壯 様

岩国医療連携情報システム(いつつばしネット)利用者規定の内容を十分理解し、また遵守することに同意した上で、利用及びID登録を申し込みます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名			
代表者 (開設者又は管理者)	印		
※医療機関コード			
電話番号		FAX番号	
Eメールアドレス			

※メールアドレスは協議会のメーリングリスト等で使用します。

【ID登録申込者】

氏 名		性別	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日
※医師等免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄)				申請を受け付けましたので、下記のとおりID番号を発行します。	
申請受理日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			ID番号	
講習会受講日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				

【ID登録申込者】

氏 名		性別	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日
※医師等免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄)				申請を受け付けましたので、下記のとおりID番号を発行します。	
申請受理日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			ID番号	
講習会受講日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				

【ID登録申込者】

氏 名		性別	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日
※医師等免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄)				申請を受け付けましたので、下記のとおりID番号を発行します。	
申請受理日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			ID番号	
講習会受講日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				

『いつつばしネット』利用申込書



一般社団法人 岩国市医師会長 小林元壯 様

岩国医療連携情報システム(いつつばしネット)利用者規定の内容を十分理解し、また遵守することに同意した上で、利用及びID登録を申し込みます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【ID登録申込者】

氏 名		性別	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日
※医師等免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				申請を受け付けましたので、下記のとおり ID番号を発行します。	
講習会受講日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
				ID番号	

【ID登録申込者】

氏 名		性別	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日
※医師等免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				申請を受け付けましたので、下記のとおり ID番号を発行します。	
講習会受講日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
				ID番号	

【ID登録申込者】

氏 名		性別	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日
※医師等免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				申請を受け付けましたので、下記のとおり ID番号を発行します。	
講習会受講日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
				ID番号	

【ID登録申込者】

氏 名		性別	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日
※医師等免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				申請を受け付けましたので、下記のとおり ID番号を発行します。	
講習会受講日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
				ID番号	