

**ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル協議会入会申込書兼
ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル参加申込書
(参 照 施 設)**

ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル協議会会則及びふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル運用管理規程について合意のうえ、下記のとおりふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル協議会に入会し、ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタルに参加いたします。

申込日	年 月 日
フリガナ	
医療機関名	
代表者名	

申請医療機関情報			
医療機関番号(7 桁)			
郵便番号			
所在地			
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			

e-mailでご連絡する内容がありますのでメールアドレスも必ず記入してください。

接続希望台数	台
--------	---

できるだけセキュリティを確保するため必要最小限の台数としてください。

接続希望台数分、接続機器確認書（様式4）を作成してください。

資料等送付先 ※上記住所と異なる場合のみご記入下さい。			
郵便番号	—		
住 所			
氏 名			
電話番号	— —	FAX 番号	— —

※ （別紙）利用者一覧表及び（別紙）参加同意書兼誓約書並びに（別紙）「ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル」利用機関セキュリティ確認書を添付してください。

ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル協議会入会申込書兼
ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル参加申込書
(参 照 施 設)

ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル協議会会則及びふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル運用管理規程について合意のうえ、下記のとおりふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル協議会に入会し、ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタルに参加いたします。

申込日	24年 2月 6日
フリガナ	シズ`オカゾコ`ウクリニック
医療機関名	静岡総合クリニック
代表者名	静岡 太郎

申請医療機関情報			
医療機関番号(7桁)	2200000000		
郵便番号	420-8527		
所在地	静岡市葵区北安東4丁目27-1		
電話番号	054-247-6111	FAX 番号	054-247-6140
メールアドレス	sougou-iji@shizuoka-pho.jp		

e-mailでご連絡する内容がありますのでメールアドレスも必ず記入してください。

接続希望台数	1 台
--------	-----

できるだけセキュリティを確保するため必要最小限の台数としてください。

接続希望台数分、接続機器確認書(様式4)を作成してください。

資料等送付先 ※上記住所と異なる場合のみご記入下さい。			
郵便番号	—		
住 所			
氏 名			
電話番号	— —	FAX 番号	— —

※ (別紙) 利用者一覧表及び(別紙) 参加同意書兼誓約書並びに(別紙) 「ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル」 利用機関セキュリティ確認書を添付してください。