様式３

大阪母子医療センター

地域診療情報連携システム利用申請書

大阪母子医療センター　総長

当機関は、大阪母子医療センター地域診療情報連携システム運用及び管理に関する要綱について同意し、利用上の責務を理解の上、大阪母子医療センター地域診療情報連携システムの利用を申請します。

申　請　日	年　　月　　日
機　関　名	(ふりがな) (医療機関コード[7 桁])
代　表　者　名	(ふりがな)　　自署または押印をお願いします
所　在　地	〒
連　絡　先	(担当者名) (TEL) (FAX)
メールアドレス	

※大阪母子医療センター地域診療情報連携システム運用及び管理に関する要綱を熟読願います。
※機関名・代表者名は、ホームページ等で公表いたします。

【事務局取扱欄】

受理日：　　年　　月　　日　　登録日：　　年　　月　　日