

# 医療法人社団永生会地域医療連携ネットワークシステム 施設入会申込書

医療法人社団永生会地域医療連携システムネットワーク連絡協議会 御中

医療法人社団永生会地域医療連携ネットワークシステム「MIO Karte」を利用したいので施設入会を申請いたします。

申請日：平成 年 月 日

施設名：\_\_\_\_\_ 総病床数( 床)

所在地：\_\_\_\_\_

開設者氏名：\_\_\_\_\_ 代表者氏名：\_\_\_\_\_

担当者氏名（部署）：\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Eメールアドレス：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX番号：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 《事務局》

〒193-0832 東京都八王子市散田町 3-10-1

医療法人社団永生会

地域医療連携システムネットワーク連絡協議会

電話：042-663-0111

FAX：042-662-5890

## ＜事務局取扱欄＞

入会申請受理日：平成 年 月 日

施設種別： 病院 ・ 診療所 ・ その他

年会費納付確認：平成 年 月 日 担当：\_\_\_\_\_