

## 濠端ネット利用申込書

国家公務員共済組合連合会 大手前病院長 殿

濠端ネットの趣旨、運用規程を遵守し、閲覧施設・利用者としての責任を理解の上、  
利用およびID登録を申し込みます。

令和 年 月 日

施設名： \_\_\_\_\_

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--

代表者 役職・氏名： \_\_\_\_\_ 印

(開設者または管理者)

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

Eメールアドレス： \_\_\_\_\_

【ID登録申込書】 ※下記は、濠端ネットを利用する方をご記入ください。

フリガナ： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 性別： 男・女

種 別： 該当に○を付けてください

<input type="checkbox"/>	医師（開設者）	<input type="checkbox"/>	医師（管理者）	<input type="checkbox"/>	医師（勤務医）
--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	---------

医師免許番号： \_\_\_\_\_

専門診療科： \_\_\_\_\_

生年月日： ( 大正・昭和・平成 ) 年 月 日

Eメールアドレス： \_\_\_\_\_

病床数： \_\_\_\_\_ 床 施設タイプ： ( 病院 ・ 診療所等 )

システムに関するご連絡先

部署： \_\_\_\_\_ 担当者氏名： \_\_\_\_\_ 役職： \_\_\_\_\_

〒： \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ Eメールアドレス： \_\_\_\_\_

申請受理日： 令和 年 月 日

(事務局) 国家公務員共済組合連合会

大手前病院 地域医療連携センター

TEL： 06-6941-0484 (代表)

FAX： 06-6966-5336 (地域)

この用紙のみでは申請できません。必ず様式1号と合わせて事務局まで郵送してください。医師登録のみの申請の場合でも、この用紙のみでは申請できません。様式1号と合わせて事務局まで郵送してください。

様式1号（継紙）  
（閲覧施設用）

## 濠端ネット利用申込書

令和 年 月 日

### 【ID登録申込者①】

フリガナ：	_____		
氏 名：	_____	性別：	<u>男</u> ・女
医師免許番号	：	_____	
専門診療科	：	_____	
生年月日	：	( 大正・昭和・平成 )	年 月 日
Eメールアドレス	：	_____	

### 【ID登録申込者②】

フリガナ：	_____		
氏 名：	_____	性別：	<u>男</u> ・女
医師免許番号	：	_____	
専門診療科	：	_____	
生年月日	：	( 大正・昭和・平成 )	年 月 日
Eメールアドレス	：	_____	

### 【ID登録申込者③】

フリガナ：	_____		
氏 名：	_____	性別：	<u>男</u> ・女
医師免許番号	：	_____	
専門診療科	：	_____	
生年月日	：	( 大正・昭和・平成 )	年 月 日
Eメールアドレス	：	_____	

申請受理日：令和 年 月 日

（事務局）国家公務員共済組合連合会

大手前病院 地域医療連携センター

TEL：06-6941-0484（代表）

FAX：06-6966-5336（地域）