

様式第1号（第5条関係）

大垣市民病院医療連携ネットワークシステム  
利用者登録申請書兼誓約書

大垣市民病院長 様

大垣市民病院医療連携ネットワークシステムの趣旨、利用規定を理解したうえで、本システムを利用するため、利用者の登録を申請します。

また、大垣市民病院医療連携ネットワークシステムの利用にあたっては、関連法規や利用規定等を遵守し、当医療機関内での大垣市民病院医療連携ネットワークシステムの利用に伴う責任を負うことを誓約します。

申請日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者氏名：<sup>フリガナ</sup> \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名： \_\_\_\_\_  
〒

所在地： \_\_\_\_\_

電話：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<利用者登録の申請者様へ>

\*\*\*本書は、大垣市民病院よろず相談・地域連携課へご提出ください\*\*\*

\*\*\*裏面の、「利用環境の調査票」への記載も合わせてお願いします\*\*\*

\*\*\*申請後、利用申請結果通知書にて、利用の適否を通知します。\*\*\*

(大垣市民病院取扱欄)

<登録>

受理日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

よろず相談・地域連携課	医事課 医療情報グループ
処理日	処理日

\*本書原本は、よろず相談・地域連携課にて保管

大垣市民病院医療連携ネットワークシステム  
利用環境の調査票

当院における、大垣市民病院医療連携ネットワークシステムを利用する機器等の最新情報は次のとおりです。

当院におけるシステム・ネットワーク環境		
1 機器情報	OS	名称
	使用ブラウザ	名称
	利用するインターネット回線	<input type="checkbox"/> NTT系 : ( ) <input type="checkbox"/> CATV系 : ( ) <input type="checkbox"/> その他 : ( )
	メモリ	GB
2 ウィルス対策ソフト	名称	
3 その他 質問事項	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 本システム閲覧専用のパソコンですか。 →はい/いいえ</li><li>・ ファイル交換ソフトはインストールされていませんか。 →はい/いいえ</li></ul>	
4 利用可能な e-mail アドレス	@	