

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「M I O K a r t e」利用のため施設入会を申請いたします。

申請日： 年 月 日

施設名： _____ 総病床数（ _____ 床）

所在地：

開設者氏名： _____ 代表者氏名： _____

担当者指名（部署）：（ ）

Email:

電話 番 号:

F A X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 : 0 4 2 - 6 6 2 - 5 8 9 0

＜事務局取扱欄＞

入会申請受理日： 年 月 日

施設種別： 病院 ・ 診療所 ・ その他

担当：