

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： _____

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： 年 月 日

施設種別： 病院 • 診療所 • その他

担当： _____