



## ひろしま医療情報ネットワーク

### 広域連携参加申請書

一般社団法人 広島県医師会  
ひろしま医療情報ネットワーク  
代表者 松村 誠 様

HMネットの広域連携への参加を希望しますので、以下の通り申請します。

申 請 日 : 西暦 年 月 日

施 設 名 : \_\_\_\_\_

連絡窓口担当部署 : \_\_\_\_\_

連絡窓口担当者名 : \_\_\_\_\_

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

E - M a i l : \_\_\_\_\_

専 門 診 療 科 : \_\_\_\_\_

※専門診療科は、施設が標榜されている診療科をご記入下さい。

例) 内科、外科、眼科

※医師・歯科医師・薬剤師の方は下記の免許番号をご記入下さい。

No.	利用者氏名	性別	生年月日	免許番号	印
1					
2					
3					
4					
5					

ひろしま医療情報ネットワーク広域連携参加申請書 別紙 No. \_\_\_\_\_

施設名： \_\_\_\_\_

※医師・歯科医師・薬剤師の方は下記の免許番号をご記入下さい。

No.	利用者氏名	性別	生年月日	免許番号	印

※参加希望者が複数人にわたる場合は、当紙を複製してお使いください。