

「くまもとクロスネットシステム」参加申請書

熊本赤十字病院長 様

令和 年 月 日

当院（当施設）は、地域医療連携システム「くまもとクロスネットシステム」を利用したく、下記のとおり申請します。

なお、利用に際しては、「くまもとクロスネットシステム」の定める運用管理規程を遵守し、これに違反した場合は利用資格を取り消されても異議を申し立てません。

記

医療機関（施設）名 _____ 印

医療機関コード _____

施設責任者 _____

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

E-Mail アドレス _____

実務担当者（施設責任者と異なる場合） _____

以上