　　　　(様式 HN3)

地域連携ネットワークシステム「千里eサークル」

利用者登録申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：平成　　年　　月　　日

医療機関名

住所

電話番号/FAX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名  (利用者本人の氏名)  (※登録医か登録医外に✓し、登  録医以外の場合は専門診療科を  記載願いします) | □申請者が複数(別途　利用者一覧届出書(様式 HN3-1)の記入、提出をお願いします)  (フリガナ)  □登録医　　□登録医以外(専門診療科をご記載ください)  専門診療科 | | |
| (※申請者が勤務医の場合、当該病院の院長の署名または記名・押印) |  | | |
| 連絡担当部署、氏名  (利用者と異なる場合に  ご記入ください) | 部署：  氏名： | | |
| パソコンネットワーク設定希望  (※千里eサークルを初めてご利用される場合は必ず希望ありに✓をお願いします) | □希望なし　　□希望あり  (※希望ありの場合のみ以下の項目に記載お願いします) | | |
| 利用パソコンOS  (※希望ありの場合のみ記載) | Windows(　Vista ・ ７ ・ １０ ・ その他： )  iOS(　７ ・ ８ ・ ９ ・ １０ ・ その他： )  その他：(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 利用パソコンの台数  (※希望ありの場合のみ記載) | 台 | インターネット回線 | あり　・　なし |
| 設定希望日  (※希望ありの場合のみ記載) | 第1希望日：　　月　　日　　　　：　　時頃  第2希望日：　　月　　日　　　　：　　時頃  第3希望日：　　月　　日　　　　：　　時頃 | | |

(済生会千里病院記載欄)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 医療機関設置訪問日 | 利用者登録 |  | 検印 |
| 日付　　/ | 日付　　/ | 日付　　/ |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　［事務局］〒565-0862

　大阪府吹田市津雲台1丁目1番6号

　済生会千里病院　患者支援センター

　(電話)06-6871-0121(代表)　(FAX)06-6871-5915