# (様式 HN3)

医療機関名 住所 電話番号/FAX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | □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) | | |
| (利用者本人の氏名) |  | | |
| (※登録医か登録医外に✓し、登 | □登録医 □登録医以外(専門診療科をご記載ください) | | |
| 録医以外の場合は専門診療科を |  | | |
| 記載願いします) |  | | |
| 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 | 部署： | | |
| (利用者と異なる場合に |  | | |
| ご記入ください) | 氏名： | | |
| パソコンネットワーク設定希望 | □希望なし □希望あり | | |
| (※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 | (※希望ありの場合のみ以下の項目に記載お願いします) | | |
| 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 | | |

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： 年 月 日

(済生会千里病院記載欄)

検印

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