きのくに医療連携システム「青洲リンク」参加申請書

　　年　　月　　日

システム運用管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　申請責任者

きのくに医療連携システム「青洲リンク」の利用について、きのくに医療連携システム「青洲リンク」利用規約に同意の上、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日【必須】 | 　　年　　　月　　　日 |
| 申請区分【必須】 | □新規　　　□一部変更　　　□休止　　　□退会　　 |
| 施設名称（正式名称）【必須】 | ふりがな |
| 施設名称（略称名称）【必須】＊12文字以内 |  |
| 住所【必須】 | 〒TEL　　　　　　　　　FAX |
| 医療機関番号(レセプト申請時に利用する医療機関番号７桁をご記入ください。)【必須】 |  |
| 患者ID桁数（電子カルテ・オーダリングシステム・医事会計システム）【必須】 | 桁　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| システム運用責任者【必須】 | 部署氏名　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　FAX e-mail　　　　　　　　　　　 @  |
| ホームページアドレス  |  |
| 開始（変更・休止・退会）希望年月日  |  　　年　　　月　　　日  |
| 区分 | 1.病院　　2.診療所　　3.薬局　４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 標榜診療科 |  |

2024年10月16日改訂