【様式1-1】

****

参加(利用)申請書（医療機関用）

一般社団法人　沖縄県医師会長　殿

　おきなわ津梁ネットワークの趣向、利用者規程を理解した上で、おきなわ津梁ネットワークを利用（変更又は停止）したいので下記のとおり、申請致します。

【参加施設記入欄】　　　　　　　　　　　　申請日：平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請区分 | □ 新規利用　　□ 一部変更(追加)　　□ 利用の停止 |
| 施設コード※事務局記載欄 |  |  |  |  | 保険医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設名：開設者又は院長氏名： | ㊞ |
| システム担当管理者※院内のシステム管理者 |  |
| 施設所在地 |  |
| 電話番号 | （　　　）　　　―　　　　 |
| FAX番号 | （　　　）　　　―　　　　 |
| Emailアドレス |  |
| 利用を希望する機能 | □ 健診・検査結果共有システム |
| □ 特定保健指導支援システム |
| □ 糖尿病（□病院　　□診療所・かかりつけ医） |
| □ 急性心筋梗塞　　（□病院　　□診療所・かかりつけ医） |
| □ 脳卒中（□急性期　□回復期　□維持期） |
| 検体検査依頼先※一部外注含む　 | □自院（メーカー名：　　　　　　　　機械名：　　　　　　　　　　）□外注（外注先名：　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 事務局受付 |
|  |

【事務局記入欄】

入会申請受理日：平成　　　年　　　月　　　日

Ver.14.2

 ＜記入例＞ 【様式1-1】

参加(利用)申請書（医療機関用）

一般社団法人　沖縄県医師会長　殿

　おきなわ津梁ネットワークの趣向、利用者規程を理解した上で、おきなわ津梁ネットワークを利用（変更又は停止）したいので下記のとおり、申請致します。

**空欄のまま**

【参加施設記入欄】　　　　　　　　　　　　　申請日：平成２５年４月１日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請区分 | □ 新規利用　　□ 一部変更(追加)　　□ 利用の停止 |
| 施設コード※事務局記載欄 |  |  |  |  | 保険医療機関コード | ７ | ７ | ６ | ６ | ５ | ４ | ３ |
| 施設名：開設者又は院長氏名： | 医療法人○○会　沖縄津梁病院「新規利用」・・初めての参加の場合「一部変更(追加)」・・申請内容に変更がある場合、または、利用機能を追加したい場合。※すでに、システムを利用している場合はこちらに☑を入れてください。「利用の停止」・・参加を取りやめる場合**㊞**　　津梁　太郎　　　　　　　　　　　　　　　  |
| システム担当管理者※院内のシステム管理者 | 医療情報課　情報二郎 |
| 施設所在地 | 〒９０１－１１０５　南風原町字新川２１８－９ |
| 電話番号 | （０９８）８８８―００８７複数選択可。ご利用を希望する機能にチェックを入れて下さい。追加申請の場合、新たに追加したい項目にチェックを入れて下さい。なお、利用停止の場合は空欄で構いません。 |
| FAX番号 | （０９８）８８８―００８９　　　　　　　　　　 |
| Emailアドレス | jimusyo@okinawa.med.or.jp |
| 利用を希望する機能 | ☑ 健診・検査結果共有システム |
| ☑ 特定保健指導支援システム |
| ☑ 糖尿病（☑病院　　□診療所・かかりつけ医） |
| ☑ 急性心筋梗塞　　（☑病院　　□診療所・かかりつけ医） |
| ☑ 脳卒中（☑急性期　□回復期　□維持期） |
| 検体検査依頼先※一部外注含む　 | ・自院（メーカー名：アークレイ　　機械名：アダムス A1c-8181　　）・外注（外注先名：㈱エー・ビー・シー　　　　　　　　　　　　　　）検体検査データをおきなわ津梁ネットワークに取り込み、必要に応じて画面上で見ることができます。別途準備が必要なので、後ほど調整する際の参考情報としてご記入下さい。 |

|  |
| --- |
| 事務局受付 |
|  |

【事務局記入欄】

入会申請受理日：平成　　　年　　　月　　　日

Ver.14.2