



## 参加(利用)申請書 (関係機関用)

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	<input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 一部変更(追加) <input type="checkbox"/> 利用の停止								
施設区分	<input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 介護サービス事業所 <input type="checkbox"/> 検査会社 <input type="checkbox"/> 保険者 <input type="checkbox"/> 代行・代理請求機関								
施設コード※1 事務局記載欄		保険医療機関コード ※2							
施設名： 代表者氏名：	(印)								
システム担当管理者 ※施設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									

※1 施設コードは空欄のままにしてください。

※2 歯科診療所、保険薬局のみ、ご記入ください。

上記必要事項をご記入の上、本書類の原本を事務局へ送付下さい。

事務局受付

【事務局記入欄】

入会申請受理日：平成 年 月 日