【様式1-5】

****

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 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 申請区分 | □ 新規利用　　□ 一部変更(追加)　　□ 利用の停止 |
| 施設区分 | □ 歯科診療所　□ 保険薬局　□ 介護サービス事業所□ 検査会社 □ 保険者 □ 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： |  ㊞ |
| 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下さい。

※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：令和　　　年　　　月　　　日

Ver.15.1

 ＜記入例＞ 【様式1-5】

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 | 令和　　２年　　３月　　２日 |
| 申請区分 | ☑ 新規利用　　□ 一部変更(追加)　　□ 利用の停止 |
| 施設区分 | □ 歯科診療所　□ 保険薬局　☑ 介護サービス事業所□ 検査会社 □ 保険者 □ 代行・代理請求機関 |
| 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： | 社会福祉法人○○会　沖縄津梁介護の杜**㊞**　　　　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 |
| FAX番号 | （０９８）８８８―００８９　　　　　　　　　　 |
| Emailアドレス | jimusyo@okinawa.med.or.jp |

※１　施設コードは空欄のままにして下さい。

※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。

**※参加申請はＦＡＸで構いません、原本はシステム設置時に受取ります！**

**→　沖縄県医師会　おきなわ津梁ネットワーク事務局**

**【　ＦＡＸ：０９８－８８８－００８９　】**

|  |
| --- |
| 事務局受付 |
|  |

【事務局記入欄】

入会申請受理日：令和　　　年　　　月　　　日

Ver.15.1