



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。

【事務局記入欄】

入会申請受理日：令和 年 月 日

事務局受付

<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 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:	社会福祉法人〇〇会 沖縄津梁介護の杜							
開設者又は院長氏名:	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	jimuso@okinawa.med.or.jp							

※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。

※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 】

【事務局記入欄】

入会申請受理日: 令和 年 月 日

事務局受付