

## さくらネット施設参加申請書

地域医療介護情報ネットワークシステム「さくらネット」について、以下の通り、参加申請します。

※下記、太枠部分をご記入ください。(\*)は必須です。

施設登録情報記入欄	
記入日(*)	西暦 年 月 日
施設名(*)	(フリガナ) ..... ..... (印)
施設区分(*)	1. 病院 2. 診療所 3. 歯科診療所 4. 薬局 5. 訪問看護 6. 介護施設
施設代表者氏名(*)	(フリガナ) .....
連絡担当者氏名 <small>(代表者以外に連絡担当者を設定する場合)</small>	(フリガナ) .....
メールアドレス <small>(個人アドレスまたは共有アドレス)</small>	
住所(*)	〒
	神奈川県
電話番号(*) <small>②は任意</small>	① ( )
	② ( )
FAX 番号	( )
医療機関番号(*)	医科
	歯科
	薬局
介護保険事業者番号	

施設内ネット管理責任者情報記入欄	
<small>施設内ネット管理責任者登録は必須です。施設内ネット管理者が上記と同じ場合は、どちらかを○で囲んでください。それ以外の場合は、ご記入ください。</small>	
施設代表者と同じ ・ 連絡担当者と同じ	
氏名(*)	(フリガナ) .....
メールアドレス <small>(個人アドレスまたは共有アドレス)</small>	