

様式2

インターネット接続登録医師申請書

(連携ネットワーク登録医申請書)

下記の医師が恵佑会札幌病院へのインターネット接続を希望いたします。

平成 年 月 日

機関名:	
医師名	科
	科
	科
	科
	科
	科
	科
	科
	科
	科
	科

※個人情報の取扱いについては、全て個人情報保護法、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(厚生労働省発布)及び関係法令等に則り取り扱うものとします。