ぴきあす゜ネット参加申込書

　　年　　月　　日

システム運用管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　申請責任者　　　　　　　　　　　　　印

ぴきあす゜ネットの利用について、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日【必須】 | 年　　月　　日 |
| 施設名称（正式名称）【必須】 | ふりがな |
| 施設名称（略称名称）【必須】  ＊12文字以内 |  |
| 住所【必須】 | 〒  TEL　　　　　　　　　FAX |
| システム運用責任者【必須】 | 部署  氏名  TEL　　　　　　　　　FAX  e-mail　　　　　　　　　　　 @ |
| ホームページアドレス | http:// |
| 開始（変更・廃止）希望年月日 | 年　　月　　日 |
| 区分 | 1.病院　　2.診療所　　3.薬局  ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊ＦＡＸまたは郵送で申込書のご送付をお願い致します。