ぴきあす゜ネット参加申請書（Ｎｏ１）

　　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、ぴきあす゜ネット利用規約に同意の上、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日【必須】 | 年　　月　　日 |
| 申請区分【必須】 | □新規　 　□一部変更　　□利用の停止 |
| 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 |
| 自院の患者基本情報の共有 | □行う　　　　　　□行わない |
| 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 |
| ぴきあす゜ネット参加申請書（Ｎｏ２） | |
| 区分 | 1.病院　　2.診療所　　3.薬局  ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 標榜診療科 |  |

＊「自院の患者基本情報の共有」を行わないと選択されたご施設は、情報の双方向連携を行う際に、自院にて患者IDの再登録を行う必要があります。宮古病院にて参加施設様の患者IDの再登録を行うことは出来ません。ご留意を宜しくお願い致します。