

(別記様式第1号)

もがみネット加入申請書

最上地域医療連携推進協議会長 殿

施設利用管理責任者
施設長: _____

もがみネット利用施設として、もがみネットへ加入したいので、以下のとおり申請いたします。

なお、当該ネットワークの参加に当たっては、貴会諸規定並びに関係法令を遵守し適正な利用を行うことを誓います。

申請日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名: _____

〒

住所: _____

電話番号: _____

FAX番号: _____

メールアドレス: _____

フリガナ(_____)

※判別しにくい文字がある場合は、フリガナの記入をお願いします。

※上記にご記入いただき下記事務局までFAXくださるようお願い申し上げます。

※もがみネットを利用するには、別途「別記様式第2号」による申請が必要となります。

【もがみネット事務局】

最上保健所内事務局 TEL:0233-29-1258 ・ FAX:0233-22-2025

もがみネット利用者登録申請書

最上地域医療連携推進協議会長 殿

施設名: _____ 施設長名: _____

次の者がもがみネットに利用者として参加を希望しており、業務上の必要性が認められるので、以下のとおり申請いたします。
なお、当該ネットワークの参加に当たっては、貴会諸規定並びに関係法令を遵守し適正な利用を行うことを誓います。

申請日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (新規 ・ 追加) ※いずれかに○をつけてください。

| 番号 | 氏名 | フリガナ | ログインID | パスワード | 性別 | 生年月日 | 職種 | 印 |
|----|----|------|--------|-------|----|------|----|---|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |

【注意事項】

1. もがみネットを利用するには利用者登録が必要になるため、上記必要事項に記入のうえ事務局までFAXしてください。
2. 利用登録申請ができるのは、法令または就業規則等の労働契約により守秘義務を課せられている者に限ります。
3. 医療職及び介護支援専門員以外の職種の方が申請する場合は、就業規則等も併せて提出してください。
4. ログインID及びパスワードは半角英数字8文字以上10文字以内(英字と数字を組み合わせたもの)を設定してください。
5. ID及びパスワードには、生年月日など、他者から容易に推測されるものは避けてください。
6. 登録完了後、利用者個人あてにID及びパスワード等の通知文を別途お送りしますので、当申請書は、施設長が責任を持って管理し、利用者本人以外の者へ情報が漏れることのないよう厳重に取り扱ってください。