**様式第1号：システム利用施設参加申込書**

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局　　御中

私は、びわ湖あさがおネットおよび各種連携システムの趣旨、運用管理規程および各種連携システムの利用約款を理解し、また利用に係る研修会を受講し、運用上の注意事項等を理解した上で、下記の通り申し込みをします。

　申込日　 ：　西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

【施設情報】

　施設名フリガナ　：

　施設名 　 ：

　施設種別 　 ：

　代表者フリガナ　：

　施設代表者　　　：

住　所 ：（〒　　　　　－　　　　　　　）

　電話番号 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号 ：

　希望する機能 ：　いずれかにチェックを入れてください。

**□**　1．基本機能（ポータル＋在宅療養支援機能）のみ

**□**　2．基本機能 ＋ 医療情報共有

**□**3．基本機能 ＋ 医療情報共有 ＋ 電子カルテ・レセプト・調剤システム連携

　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※施設種別により利用できる機能に制限があります。

【システム担当者情報】

**□**　施設代表者と同じ

　システム担当者名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（フリガナ：　　　　　　　　　　　　　）

所　属 ：

　電話番号 　　　　　　：

* 本申込書は協議会事務局へ提出してください。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局

〒524-8524　守山市守山5丁目4番30号　県立総合病院内

TEL： 077-582-5071　　　FAX： 077-582-5169　　 メール：　contact@biwako-asagao.ne.jp

※事務局利用欄　【作業実施記録】

|  |
| --- |
|  |