

「大東・四條畷あんしんネット」利用申込書

大東・四條畷医師会長

本事業所において、「大東・四條畷あんしんネット」を利用した情報共有を行いたいので、申し込みます。

令和 年 月 日

事業所名称： _____

事業所住所： 〒 _____

電話： _____

FAX: _____

事業所管理者氏名： _____ 印

No	システム使用者氏名	職種 (該当に○印) とメールアドレス
1	氏 名	薬剤師・その他 ()
		E-mail :
2	氏 名	薬剤師・その他 ()
		E-mail :
3	氏 名	薬剤師・その他 ()
		E-mail :
4	氏 名	薬剤師・その他 ()
		E-mail :

- ※ あんしんネットでは事業所内にネット管理者1名を設置することになっています。ネット管理者の方は、左欄番号に○印を記入してください。
- ※ 複数のスタッフでのメールアドレスの共有はセキュリティ上認められません。貴局所属のスタッフ1利用者ごとに固有のメールアドレスを判りやすい字体 (数字、大文字、小文字の区別) でご記入ください。
- ※ 上記記載の利用者は全員、「大東・四條畷あんしんネット」の利用規約に同意していることを前提とします。

薬剤師会会員

郵送



【提出先】

〒574-0011 大東市北条1-1-28
一般社団法人 大東・四條畷医師会 事務局

TEL.072-876-3381 FAX.072-877-4826