長野県立こども病院Med Connect利用者届出

本システムを介して共有する診療情報を閲覧する全員を記載してください。

メンバーに変更がありましたら都度事前に届出をご提出ください。

※未届出者は参加（閲覧）不可となります。

※未届出の利用が発覚した場合は施設の利用取消しとなりますのでご了承ください。

申請者（アカウント管理者）

申請日　　　　　　年　　　　月　　　　日

施設名

所属

ご署名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 所属 | 氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 所属 | 氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |