**様式第2号：システム利用者参加申込書**

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、運用規程を理解し、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、所属機関・施設等の長の許可を得た上で、下記の通り申し込みをします。

　申込日　 ：　西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　参加施設名 ：

　利用者フリガナ：

　利用者氏名　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：　男　・　女

　生年月日　　　：　西暦　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　職員番号 ：　**□**　なし　　　**□**　あり　（　　　　　　　　）←「あり」の場合、必ずご記入ください。

　職種 ： 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

　電話番号 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号 ：

　メールアドレス：

　登録内容 ：　どちらかにチェックを入れてください。

**□**　基本機能（ポータル＋在宅療養支援機能）のみ

**□**　基本機能 + 医療情報共有（施設種別、職種により利用制限があります）

　在宅療養支援機能施設管理者：　**□**　登録する　　　　　**□**　登録しない

　（在宅療養支援機能施設管理者は、自施設の受け持ち担当者を設定することができる権限です。

施設でお一人は必ずご登録ください。）

* 本申込書は協議会事務局へ提出してください。

後日、利用者IDとパスワードをお知らせいたします。

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】

|  |
| --- |
|  |