

様式 2 号

県央デルタネット利用者登録申請書

県央デルタネット協議会代表者 殿

県央デルタネット利用者規程の内容を十分理解し、また遵守することに同意した上で、利用者および ID 登録を申し込みます。

申請日	西暦	年	月	日	新規登録	
施設名	施設登録申請書に記載された施設名を記入してください。					
県央デルタネット施設登録 ID	「県央デルタネット施設登録申請書（様式 1 号）」と同時に申請をする場合は、事務局において記入					
住所	〒	—	市			
TEL	()	—	FAX	()	—	
カナ						
代表者名	Ⓜ (役職等:)					

下記の者について利用者登録申請をいたします。

[県央デルタネット利用 ID 登録申込者]

カナ			性別	生年月日		
氏名	Ⓜ		男・女	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日		
免許種類等			職種			
システム利用区分	<input type="checkbox"/> ID-Link (医療のみ) · <input type="checkbox"/> Team (介護のみ) · <input type="checkbox"/> 医療・介護の両方					
申込者の連絡先	TEL	()	—	FAX	()	—
	E-Mail	@				

県央デルタネット協議会事務局取扱欄

申請受理日	年	月	日	受付事務局	医師会県央デルタネット事務局
申請を受け付けましたので、下記のとおり ID 番号を発行します。					
発行年月日 西暦 年 月 日					
ID-Link ID				Team ID	
パスワード				パスワード	

様式 2 号

県央デルタネット利用者登録申請書 (記入例)

県央デルタネット協議会代表者 殿

県央デルタネット利用者規程の内容を十分理解し、また遵守することに同意した上で、利用者およびID登録を申し込みます。

申請日	西暦 2019 年 9 月 1 日	新規登録	
施設名	施設登録申請書に記載された施設名を記入してください。 県央デルタネットクリニック		
県央デルタネット施設登録ID	「県央デルタネット施設登録申請書(様式1号)」と同時に申請をする場合は、事務局において記入		
住所	〒 753-0000	山口市 ○○町1丁目1-1	
TEL	(083) 123-4067	FAX	(083) 321-7054
カナ	ケンオウ デルタ		
代表者名	県央 である	印	(役職等: 病院長)

下記の者について利用者登録申請をいたします。

[県央デルタネット利用ID登録申込者]

カナ	ヤマグチ デルタ	性別	生年月日
氏名	山口 である	印	(大正・昭和・平成・令和) 1年 1月 1日
免許種類等	医師免許	職種	医師
システム利用区分	<input checked="" type="checkbox"/> ID-Link (医療のみ) ・ <input type="checkbox"/> Team (介護のみ) ・ <input type="checkbox"/> 医療・介護の両方		
申込者の連絡先	TEL	(083) 123-4067	FAX (083) 321-7054
	E-Mail	Yamaguchi@kenou-deltanet.ne.jp	

県央デルタネット協議会事務局取扱欄

申請受理日	年 月 日	受付事務局	医師会県央デルタネット事務局
申請を受け付けましたので、下記のとおりID番号を発行します。			
発行年月日 西暦 年 月 日			
ID-Link ID		Team ID	
パスワード		パスワード	