

「まめネット」への連携支援申込書

NPO法人しまね医療情報ネットワーク協会 様

「まめネット」へ連携したいので申込を致します。

◇ 申込者

申 込 日	年 月 日
住 所	〒
会 社 名	
ご 担 当 者 名	
連絡先	TEL
	Mail

◇ 電子カルテ情報

電子カルテ名称	
改修スケジュール	年 月 改修完了予定 ※電子カルテ改修スケジュールが出来ていれば併せてご提出ください。

◇ 連携予定の医療機関情報（連携テストを行う機関）

医 療 機 関 名	
住 所	

◇ 島根県内の導入実績件数 又は その他の連携予定医療機関

--

※協会使用欄

	協会受付	支援申込	連携完了報告
日付			
担当者			