

どこでも連絡帳利用申込書

栃木県医師会どこでも連絡帳事務局 御中

本事業所において、どこでも連絡帳を利用した情報共有を行いたいので、連携守秘誓約書（別紙様式2）を添えて、登録申請書のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

事業所名 _____

管理者氏名 _____ 印

医介連携ネットワーク「どこでも連絡帳」登録申請書

栃木県医師会どこでも連絡帳事務局 御中

(栃木県医師会地域医療第一課 FAX:028-624-5988、dokodemo@tochigi-med.or.jp)

申込日：20 年 月 日

ふりがな

施設名： _____ 施設の種類： _____

施設住所：〒 _____

全スタッフ数： _____ 人

申請者：(部署・役職) _____ (氏名) _____

TEL： _____ FAX： _____

下記の【登録者】は、実際に「どこでも連絡帳」に登録される医介連携に携わる方々をご記入ください。

※【登録者】個別のメールアドレスをご記入ください。1人1メールアドレスで記載願います。

- ・「どこでも連絡帳」の登録やログインに必要となります。
- ・施設の代表や医局、部署のメールアドレス等、複数人が現在及び今後共同で使用するメールアドレスでは原則登録不可です。

※【管理者】欄には、どこでも連絡帳に登録する際、管理者権限（新規スタッフ招待、患者登録、グループ作成等の権限）を設定する方に○印を記載願います。（1施設に1名以上設定可）

◎欄が不足する場合は、コピー等でご対応願います。

No.	ふりがな 登録者	職種	メールアドレス*	管理者**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				