

様式1-2

情報共有システム利用登録依頼書
(参加者:医師・歯科医師用)

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	広島市東区医師会
ご担当者名	河野 美樹子・木原 由美子
ご連絡先電話番号	082-506-1714 FAX082-506-1704
依頼書送付先	広島市東区東蟹屋町 9-34 東区総合福祉センター 2階

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

※法人の場合は法人名もご記入ください

医療 機 関 情 報	(フリガナ) 医療機関名 (法人名等)	
	(フリガナ) 代表者名	
	住 所	〒
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種
	1	(フリガナ) (氏 名)
2	(フリガナ) (氏 名)	医師・歯科医師・その他()
3	(フリガナ) (氏 名)	医師・歯科医師・その他()
4	(フリガナ) (氏 名)	医師・歯科医師・その他()
5	(フリガナ) (氏 名)	医師・歯科医師・その他()

備考 _____