

# 宮崎健康福祉ネットワーク協議会入会申込書（医療関係機関）

平成 年 月 日

宮崎健康福祉ネットワーク協議会事務局 殿

宮崎健康福祉ネットワーク協議会に入会したいので申込します。

申込施設名

印

## 1.基本情報

施設名称		
開設者氏名		
代表者		
住所	〒 ( )	
電話 / FAX 番号	Tel	Fax
レセプト表示コード（7桁）		

## 2.ネットワーク環境

インターネット環境	有 ・ 無
回線種類	
プロバイダ	
局内 PC 台数	
LAN 環境	

## 3.担当者情報

担当者氏名	
所属肩書	
メールアドレス	

## 4.その他

導入システム （レセコンなど） メーカー名・商品名・導入 時期	
連携する主な医療関係機関	

尚、入会申込後 日本医師会発行の医療機関コード取得のための調査票に関して事務局よりご連絡いたします。