カナミックネットワーク
会員専用

様式1－2

情報共有システム利用登録依頼書

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	一般社団法人　横須賀市医師会
ご担当者名	かもめ広場
ご連絡先電話番号	046-824-6430
ID 送付先住所	神奈川県横須賀市新港町 1-11

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊情報共有システム ID 発行依頼先情報＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

平成　　年　　月　　日

※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	印
	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）	医師 ・ 看護師・その他(　　)
2	（フリガナ） （氏　名）	医師 ・ 看護師・その他(　　)
3	（フリガナ） （氏　名）	医師 ・ 看護師・その他(　　)
4	（フリガナ） （氏　名）	医師 ・ 看護師・その他(　　)
5	（フリガナ） （氏　名）	医師 ・ 看護師・その他(　　)

備考＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込先　：　横須賀市医師会　　FAX　046-823-4534

Ver.20130322