様式２

**徳島赤十字病院地域連携ネットワーク**

**利用者申請書兼誓約書**

徳島赤十字病院院長　殿

私は、徳島赤十字病院地域連携ネットワークの運用規程に示された遵守事項、禁止事項を十分理解した上で、徳島赤十字病院地域連携ネットワークを利用することを誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 医療機関名 |  |
| フリガナ |  |
| 利用者氏名（自署） |  | 印 |
| 職員番号　※１ |  |
| 職種 |  |
| 診療科（医師のみ） |  |
| メールアドレス（任意） |  |

※１　ログインIDが「職員番号@＊＊＊＊＊＊」となります。

空欄の場合は任意の番号でIDを発行します。

**徳島赤十字病院**　地域医療連携課

〒773-8502　小松島市小松島町字井利ノ口103番

TEL：0120-503-743　FAX：0120-308-739