

利用・撤回・管理責任者等届 (利用施設用)

熊本県地域医療等情報ネットワーク利用規約に同意の上、当施設の新規利用(または撤回、変更)を申請します。

年 月 日

以下のいずれかに ☒ を入れてください。

☐ 新規利用 ☐ 利用撤回(中止) ☐ 変更

新規利用の場合は、(1)(2)を記入。利用撤回(中止)の場合は、(1)の施設情報のみ記入。変更の場合は、施設正式名称と変更箇所を記入。

(1) 利用施設

施設正式名称: _____	(責任者印)
施設正式名称(フリガナ): _____	
施設責任者(氏名): _____ 電話番号(代表): _____ ()	
住所: 〒 _____	
簡易施設名称: _____ (簡易施設名称がある場合は漢字、カナ、ひらがな、英字15文字以内で記入してください。)	
医療機関・薬局・介護施設等番号(10桁): 43 - -	
点数表区分番号(※) (1桁)	医療機関・薬局・介護施設番号 (7桁)
※1: 医科、3: 歯科、4: 薬局、5: 老人保健施設、 6: 訪問看護ステーション、0: 地域包括支援センター (事業所区分番号)	

(2) 管理責任者・連絡窓口担当者

管理責任者	(所属・役職)		(氏名)
連絡窓口 担当者(1)	(所属)		(氏名)
	(電話)※代表番号と異なる場合記入	(FAX)	(メール)
連絡窓口 担当者(2)	(所属)		(氏名)
	(電話)※代表番号と異なる場合記入	(FAX)	(メール)

(3) お知らせ管理者※ (お知らせ管理者の方は必ず利用者の申請をお願いいたします。)

(1)	(氏名)	(2)	(氏名)
	該当する職種に○をつけてください。 医師・薬剤師・歯科医師および従事者		該当する職種に○をつけてください。 医師・薬剤師・歯科医師および従事者

※お知らせ管理者とは、システムより自動で送られてくる通知用メールのアドレスを登録・編集する方です。

お知らせ管理者は必須ではありません。

〇くまもとメディカルネットワークをご利用いただくには、施設内ネットワークと本ネットワークの接続にあたり環境整備が必要になる場合がございます。それに伴い、利用開始までに数週間程度要する場合がございますので、予めご了承ください。

お問合せ先: くまもとメディカルネットワーク サポートセンター

(受付時間) 午前 9:00~12:00 午後 1:00~5:00 土日、祝日、熊本県医師会の休日を除く

Email: support@kmn.kumamoto.med.or.jp TEL: 0120-25-3735 FAX: 096-211-9926