

## キビタン健康ネット 施設入会申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の趣旨、定款、利用規約を理解・同意の上、協議会に参加し、協議会が運営するネットワークシステムを利用したいため、キビタン健康ネットへの入会を申請します。

## 施設情報記入欄

申請日	令和 年 月 日
施設名	ふりがな 印
施設区分	1.病院 2.医科診療所 3.歯科診療所 4.薬局 5.介護老人保健施設 6.その他 ( )
開設者氏名	代表者氏名
住所	〒 -
電話番号	
FAX番号	

## システム管理者（担当者）情報記入欄

氏名	ふりがな
職種	所属部署名
Eメールアドレス	@

## サービス種別

基本サービス	1. キビタン健康ネット 2. WEB 会議システム(LiveOn)のみ (WEB 会議システムも含まます) ※いずれかに○を記入してください。
オプション	<input type="checkbox"/> オンライン請求・資格確認 <input type="checkbox"/> モバイル (タブレット)

本書を協議会事務局に FAXして下さい。 FAX : 050-3730-0128

## 【重要】

入会の際には、『施設入会申請書（様式 1）』のファックス送信に併せて、少なくとも 1 名分の『利用者 ID 申請書（様式 3）』の提出が必要です。

【事務局】 〒960-8036 福島県福島市新町 4 番 22 号 福島県医師会館 1F TEL : 024-525-8818

## 事務局取扱欄

- 施設入会申請書受理日 : 令和 年 月 日  
 施設入会申請承認、システムへの施設情報登録日 : 令和 年 月 日  
 施設入会登録完了通知書送付日 : 令和 年 月 日