様式第１号（第10条関係）

・会員施設は「利用者登録申請書」、「ID-Link 契約申込書」を一緒に提出してください。
既に他システムで ID-Link を利用している場合は「利用者登録申請書」、「複数ユニオン所属依頼書」を一緒に提出してください。
・会員外施設は「利用者登録申請書」、「ID-Link 契約申込書」、「組織図」を一緒に提出してください。

ハートネットホスピタル
利用施設申込書兼誓約書

令和　　年　　月　　日

「ハートネットホスピタル」の趣旨・内容を理解したうえで、同システムを利用したいので申し込みます。

フリガナ 施 設 名		代表者 印
フリガナ 施設長名		
事業者区分	□医療機関　□訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ　□居宅介護支援事業所 □調剤薬局　□その他（　　）	
所 在 地	（〒　　－　　）	
代表電話		
ハートネットホスピタル 紹介医療機関名	会員外施設のみご記入ください	
□	「ハートネットホスピタル」の利用にあたっては、「ハートネットホスピタル運用規程」を遵守します。	
□	SSL 電子証明書の管理は厳重に行い、端末のセキュリティ対策（ウィルス対策ソフトのインストール、OS のアップデート等）に万全を期することを約束します。	
□	日本電気株式会社（NEC）の提供する「ID-Link 利用約款」に同意し、金沢市医師会が「ID-Link 契約申込書」又は「複数ﾕﾆｵﾝ所属依頼書」を代理に申請することを承諾します。	

※　**同意いただき、上記欄にチェックをお願いします。**

利用責任者	所属部署	
	氏　　名	印
	電話番号	
	ＦＡＸ番号	

以下　金沢市医師会　記入欄

上記のとおり承認する。
令和　　年　　月　　日
ハートネットホスピタル運営委員会担当チーフ

担当チーフ	担当サブチーフ	担当サブチーフ	事務局長	担当者

受理日	令和　　年　　月　　日
整理番号	
担当	
ＳＥＣ郵送日	令和　　年　　月　　日

金沢市医師会　ハートネットホスピタル事務局
〒920-0912　金沢市大手町3-21
TEL　076－263-6070
FAX　076－223-7079
Email　hnh@kma.jp
受付　9時～17時　月～金（祝日除く）