

・ 医師、歯科医師以外の利用者であって、フルアクセス権限を付与させたい場合には、この申請書を提出してください。

ハートネットホスピタル フルアクセス権限付与申請書

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、フルアクセス権限付与申請書を提出します。

施設名	
利用責任者名 (自署)	印
<input type="checkbox"/>	下記利用者はフルアクセス権限を付与されることの重要性・危険性を理解しており、当施設利用責任者の責任において申請します。

利用者名		ID	
利用者名		ID	
利用者名		ID	
利用者名		ID	
利用者名		ID	
利用者名		ID	
利用者名		ID	

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	

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）