

- ・この申請書は ID-Link サーバー導入病院専用です。
- ・ID-Link 上の利用者登録は自院で行ってください。表の項目は全て登録してください。

# ハートネットホスピタル 利用者一括申請書

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、同システムを利用したいので一括で申請します。

施設名	
所在地	
利用責任者名（自署）	

No	氏名	ID	生年月日	性別	有資格	Eメール	研修受講
1							○×
※No1 には利用責任者を記入してください。							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

以下 金沢市医師会 記入欄

令和 年 月 日に、上記利用者の登録が完了しましたので、お知らせします。

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）