

ちようかいネット使用者ID追加申込書

〒: _____ TEL: _____

施設名: _____

住所: _____

ちようかいネットに利用者として参加したいので、以下のとおり申請いたします。
 なお、当該ネットワークの参加にあたっては、貴協議会諸規程並びに関係法令を遵守し適正な利用を行うことを誓います。

No	ログインID	パスワード	漢字氏名	ふりがな	性別	生年月日	職種	操作研修 受講歴	印
1					男・女			有・無	
2					男・女			有・無	
3					男・女			有・無	
4					男・女			有・無	
5					男・女			有・無	
6					男・女			有・無	
7					男・女			有・無	
8					男・女			有・無	

※ログイン名は半角英数字5～10文字以内で、パスワードは半角英数字5～16文字以内でお願い致します。

庄内医療情報ネットワーク協議会事務局
 酒田地区: TEL 0234-26-2001 FAX 0234-26-5112
 鶴岡地区: TEL 0235-26-5155 FAX 0235-26-5156

職種につきましては以下よりお選びください

職種一覧	
医師	栄養士・管理栄養士
歯科医師	歯科衛生士
看護師	歯科技工士
准看護師	臨床工学士
臨床検査技師	介護支援専門員
診療放射線技師	その他の医療従事者
薬剤師	鍼灸師
理学療法士	言語聴覚士
作業療法士	社会福祉士
精神保健福祉士	その他の介護従事者
臨床心理技術者	