

飯田下伊那診療情報連携システム[ism-Link]参加申請書

令和 年 月 日

飯田下伊那診療情報連携システム事務局 行

飯田下伊那診療情報連携システムに参加します。参加にあたっては運用規程を遵守します。

法人名		
施設名		
施設責任者 ※自署の場合は押印不要	⑩	
施設住所	〒	
担当部署		
担当者		
電話番号（内線番号）		
FAX 番号		
担当者 e-mail		
(施設責任者又はその代理人) 利用者 1	氏名（ふりがな）	()
	生年月日	
	住所	
	職種	
	参加登録用 e-mail	
利用者 2	氏名（ふりがな）	()
	生年月日	
	住所	
	職種	
	参加登録用 e-mail	
利用者 3	氏名（ふりがな）	()
	生年月日	
	住所	
	職種	
	参加登録用 e-mail	
利用者 4	氏名（ふりがな）	()
	生年月日	
	住所	
	職種	
	参加登録用 e-mail	

飯田下伊那診療情報連携システム参加にかかる調査書

飯田下伊那診療情報連携システムへ参加申し込みいただきありがとうございます。適正なシステム管理のために必要となりますので、下記調査にご協力ください。

調査項目	回答欄
施設名	(住所) (施設名) (連絡先 TEL)
主なサービス提供範囲	<input type="checkbox"/> 飯田下伊那全域 <input type="checkbox"/> 飯田市 <input type="checkbox"/> 下伊那郡 (町村名 : _____)
医療職の配置数	医師 _____ 名 看護師 _____ 名 薬剤師 _____ 名 PT・OT・ST _____ 名 保健師 _____ 名 管理栄養士 _____ 名 MSW・PSW _____ 名 臨床心理士 _____ 名
介護支援専門員の配置数	_____ 名
参加時期の希望について ※特定の希望月に集中した場合、システム導入作業の都合により、ご希望に添えない場合があります。	※希望する参加時期をご記入ください。
システム環境について ism-Link をインストール予定の機器について教えてください。	デスクトップ PC : _____ 台 ノート PC : _____ 台 モバイル端末 : _____ 台 (機種名 : _____) ウイルス対策ソフト名 _____

ご記入ありがとうございました。

本様式を事務局（南信州広域連合事務局）までご提出願います。

特にお急ぎの場合は、事前に事務局宛に FAX 送信いただきますようお願いいたします。

①お急ぎの場合はまず F A X → 0 2 6 5 - 2 1 - 5 1 8 8

②様式原本提出先

〒395-0003 飯田市上郷別府 3338-8

南信州広域連合事務局 地域医療福祉連携課 医療福祉連携係

※ ①②とも「ism-Link 事務局 宛」

※導入作業の詳細につきましては、運営事務局（飯田市立病院）より別途ご案内申し上げます。