

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。参加にあたり運用規程を遵守します。

申請区分 (いずれかに☑) 利用者取消については 様式2をご利用ください		☐ 新規 ☐ 変更・追加 (☐ 施設 ☐ 利用者 ☐ システム環境 ☐ その他)		
法人名				
施設名				
施設責任者 (自署の場合は押印不要)		⑨		
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者) 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			

次ページも必ずご提出ください。

飯田下伊那診療情報連携システム参加にかかる調査書

適正なシステム管理のために必要となりますので、以下の調査書も併せてご提出ください。

調査項目	回答欄
施設名及び連絡先	(施設名) (住所) (連絡先 TEL)
主なサービス提供範囲 (いずれかに☑)	☐ 飯田下伊那全域 ☐ 飯田市 ☐ 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
作業区分 (いずれかに☑)	☐ 新規導入 ☐ 端末の追加 ☐ 端末の更新
参加時期 (作業希望日) 特定の希望月に集中した場合、ご希望に添えない場合があります。	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 AM _____ ・ PM _____
作業詳細及びシステム環境 (いずれかに☑、数値等記入) ism-Link をインストール又は証明書削除 予定の機器について記入してください。	☐ インストールを希望 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: _____ ☐ 証明書の削除を希望 PC _____ 台 モバイル端末 _____ 台

※作業の詳細につきましては、運営事務局（飯田市立病院）から別途ご案内いたします。

本様式を事務局（南信州広域連合事務局）までご提出ください。

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

※提出先 (①②とも)

〒395-0003 飯田市上郷別府 3338-8 はにかむべーす A 棟
 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
 「ism-Link 事務局」宛