

## もがみネット加入申請書

最上地域医療連携推進協議会長 殿

施設利用管理責任者

施設長: \_\_\_\_\_

もがみネット利用施設として、もがみネットへ加入したいので、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当たっては、貴会諸規定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。

申請日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名: \_\_\_\_\_

〒

住所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

FAX 番号: \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_

フリガナ( \_\_\_\_\_ )

※判別しにくい文字がある場合は、フリガナの記入をお願いします。

※上記にご記入いただき下記事務局までFAXくださるようお願い申し上げます。  
※もがみネットを利用するには、別途「別記様式第2号」による申請が必要となります。

【もがみネット事務局】

最上保健所内事務局 TEL:0233-29-1258 ・ FAX:0233-22-2025