

さいたまクロスネット 〈施設参加申請書〉

さいたま赤十字病院長 殿

さいたまクロスネット管理規程を順守し、さいたまクロスネットへ以下のとおり申請します。

閲覧施設記入欄			
申請日	年 月 日		
医療機関(施設)名			
医療機関コード	都道府県コード □ □	保険区分 □	医療機関コード □ □ □ □ □ □ □ □
ふりがな			診療科 (所属部署)
施設責任者	印		
住所	〒		
電話番号			FAX 番号
メールアドレス			
管理担当者 ※事務連絡等の窓口	連絡先		所属部署 役職

- 必要事項記入後、機器設置用調査シートと併せて、下記連絡先宛に FAX をしてください
- 写しをとり、一部は貴院控えとして保管ください
- 原本はさいたまクロスネット事務局宛に郵送ください

さいたま赤十字病院 医療連携課 (さいたまクロスネット事務局)

〒330-8553 さいたま市中央区新都心1番地5

TEL : 048-852-1168 (直通) FAX : 048-852-1132 (直通)

-----管理者記入欄-----

受理日 年 月 日 登録機関への連絡

登録日 年 月 日 登録機関への連絡

○ユニバーサルコネクト ID _____

○VPN 接続 ID _____

○利用者 ID _____