

さいたまクロスネット 〈利用者申請書及び誓約書〉

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。

利用者記入欄			
申請日	年 月 日		
医療機関(施設)名			
ふりがな		診療科 (所属部署)	
氏名	印		
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			
※医師以外の申請の場合 上記の者が当システムを利用することを認める			
施設責任者			印

- 必要事項記入後、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
- 登録完了次第、FAX にてご連絡いたします

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

○利用者 ID _____