



(様式 3-1)

診療情報地域連携システム(ピカピカリンク)入会申請書

管理担当者 様

診療情報地域連携システム(ピカピカリンク)に入会したいので申請します。

申請日	令和 年 月 日
施設名	
住所	〒
ふりがな	
開設者氏名	
ふりがな	
代表者氏名	Ⓜ (公印を押して下さい)
ふりがな	
担当者氏名	
E-mailアドレス	
ホームページ アドレス	
TEL番号	
FAX番号	

受理医療機関記入欄		申請受付印
入会申請受理日	令和 年 月 日	
医療機関名		
所属・担当者名		
受付№		

※ 受理医療機関については、記入後、コピーを申請医療機関と委託業者に1部ずつFAX送信して下さい。

委託業者： 特定非営利活動法人 佐賀県CSO推進機構

FAX 0952-26-2227