



(様式 3-1)

診療情報地域連携システム (pica pica LINK) 入会申請書

情報管理責任者 様

診療情報地域連携システム (pica pica LINK) に入会したいので申請します。

申請日	令和 年 月 日
施設名 (薬局名)	
住所	〒
ふりがな 開設者氏名 (法人にあつては、 名称及び代表者の 氏名)	⑩
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 No		

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

特定非営利活動法人 佐賀県 CSO 推進機構	FAX 0952-26-2227
------------------------	------------------