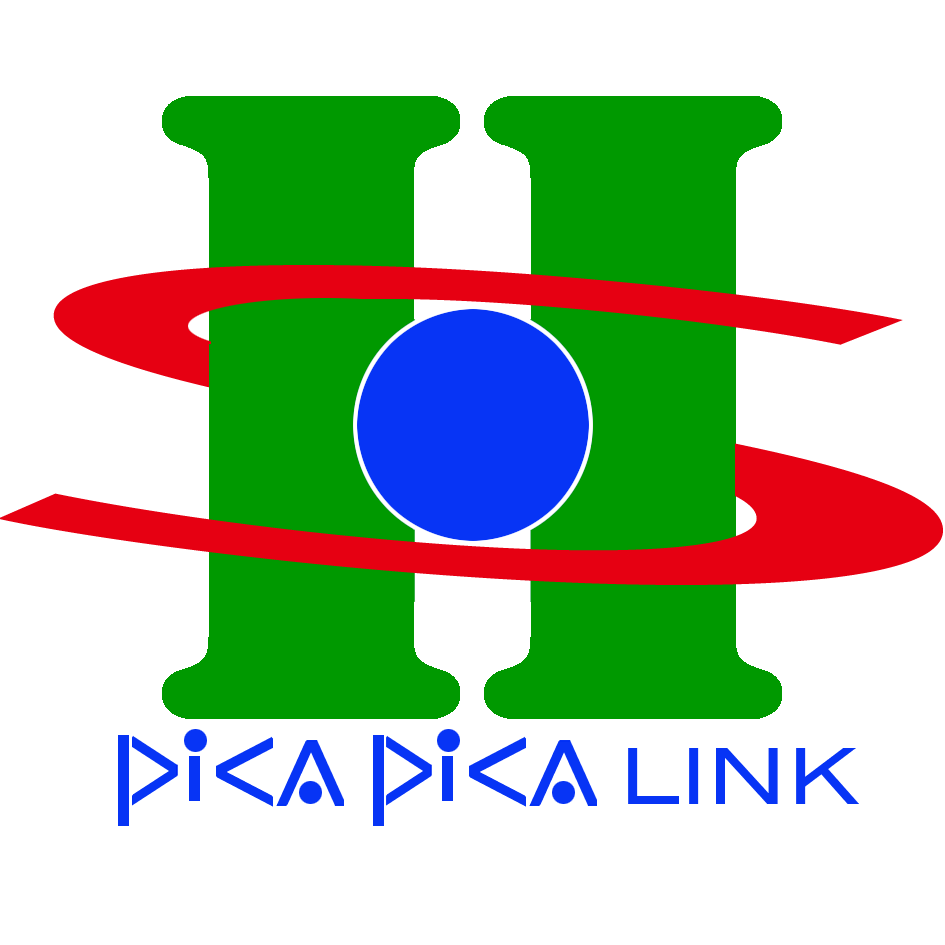
**診療情報地域連携システム(pica pica LINK)入会申請書**

（様式 ３－１）



**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（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） | ㊞ |
| 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 |  |
| Ｔ Ｅ Ｌ 番 号 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ 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　Ｎ　ｏ |  |  |

* 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　0952－43－3099