

岩国医療連携情報システム（いつつばしネット）利用申込書

平成 年 月 日

岩国市医師会会長 小林 元壯 殿

岩国医療連携情報システム（いつつばしネット）利用者規定の内容を十分理解し、また遵守することに同意しますので利用申込をいたします。

住所：〒

医療機関名：

電話番号：() -

氏名： ㊞