

SWAN ネット施設参加申込書

一般社団法人新潟市医師会 宛

貴会の運用する SWAN ネット（在宅医療・介護連携情報共有システム「Net4U」）の運用に関する趣旨、諸規程、及び関連法令を遵守し、参加施設としての責任を理解した上で、施設、ユーザーの登録及び利用を申し込みます。

申込年月日 令和 年 月 日

【施設情報記入欄】

施設名 _____

住 所 〒 _____

連絡先 担当者名 _____ 部 署 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

メールアドレス _____

加入ネットワーク名 _____

※在宅医療ネットワークに加入している場合、ご記入をお願いします。

施設管理者名 _____ 印

※システムの運用に関する施設管理者名を記入、押印してください。