別紙１

産科オープンシステム登録申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　滋賀医科大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　印

滋賀医科大学医学部附属病院産科オープンシステムを利用したいので，登録を申請いたします。

＜登録内容＞

|  |  |
| --- | --- |
| 　住　　　　　所 | 〒 |
| 　連絡先電話番号 |  |
| 　連絡先FAX番号 |  |
| 　E-mail |  |
| 　医籍登録番号 |  |
| 　助産師登録番号 |  |
| 　その他特記事項 |  |

　　注１．医師は，医師免許証及び保険医登録票の写しを添付してください。

　　注２．助産師は，助産師免許証の写しを添付してください。