**びーよんネット利用申込書**

**＜別紙様式１＞**

　　一般社団法人　尾北医師会長　殿

　本機関・事業所において、びーよんネットを利用した情報共有を行いたいので、連携守秘誓約書 （別紙様式２） を添えて申し込みます。

　　　20　　　年　　　月　　　日

　　　　　機関・事業所名

住所　　　〒

電話番号

管理者氏名

　　**事業所内のびーよんネット管理者**（1名）※機関・事業所の管理者と同一でなくても良いです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 　　　 | 性別 | メールアドレス |
|  |  |  |  |

**登録者一覧**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 　　　 | 性別 | メールアドレス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注１：メールアドレスは、登録者1名につき１つご登録ください。

（同じメールアドレスを複数の人には登録できません）

注２：システム管理者、登録者の追加・変更を行った場合は、「登録変更通知書」（別紙様式３）に記入し、

事務局までご送付ください。

注３：あらかじめびーよんネット運用ポリシー、MCS利用規約、プライバシーポリシーをご確認ください。（当会ホームページ「びーよんネットのご案内」をご参照ください。）

【提出先】〒480－0144

　　丹羽郡大口町下小口６－１２２－２

　　一般社団法人尾北医師会　地域ケア協力センター

【お問い合わせ先】

　　Tel 　　 ０５８７－９５－７０２７

 Fax 　 ０５８７－９５－７０２８

　　E-mail 　bihoku-zaitaku@wish.ocn.ne.jp

尾北医師会

医療機関・介護事業所等