第１号様式

**道北北部医療連携ネットワークシステム利用申込書**

**（ポラリスネットワーク）**

　次のとおり名寄市立総合病院が運用するポラリスネットワークシステムの利用を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申込区分 | □新規　　□変更　　□取消 |
| 機関郵便番号 | 〒 |
| 機関住所 |  |
| 代表者名 |  |
| ご担当者名 |  |
| ご担当者メールアドレス |  |
| ご質問等 |  |