高岡市医師会医療・介護関係者向けページ利用申込書

　高岡市医師会医療・介護関係者向けページ利用者規約に承認のうえ、

下記の通り高岡市医師会医療関係者向けページ利用に申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 平成　 年 月 日 |
| 医療機関・介護サービス事業所名 |  |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者名（自署） |  |
| フリガナ |  |
| 管理者（自署） |  |
| 連絡用メールアドレス※ |  |

　※高岡市医師会が申込書を受領し、利用を許可した後「施設ID」および「パスワード」を郵送します。

　メールアドレスは高岡市医師会からの連絡に利用できるものを記載ください。

※本申込書はＦＡＸもしくはメールにて高岡市医師会までお送りください。

ＦＡＸ　**０７６６－２６－１４８１**

メール　office@takaoka-med.org