

仙台オープン病院地域医療連携システム（オープンネット） 利用申込書

「仙台オープン病院地域医療連携システム利用規定（オープンネット）」を承諾の上、
下記の通り申し込みます。

申し込み日	平成 年 月 日
医療機関名	
医師名（代表者）	
E - m a i l	
設定希望日	第一希望 月 日 時 第二希望 月 日 時
その他 (連絡事項があれば 記載して下さい)	

F A X送付先：仙台オープン病院地域医療連携室（022）252-1126