

F A X 0 1 1 - 6 2 3 - 1 1 3 2



C3-Networkサービス申請書



医療法人 禎心会 セントラルC Iクリニック 宛

枠内ご記入の上、F A Xにてお申込ください。

下記の通り、C3-Networkサービスの使用を希望します。

申込日 平成 年 月 日

医療機関名			
診療科	科	医師名	
医療機関 ご住所	〒 -		
医療機関 お電話番号		e-mail	

* 個人情報の取り扱いにつきましては、個人情報保護法及び関係法令等に準拠します。

* 申込医師が退職や異動になった場合には、すぐに当院へご連絡下さい。

後日、当院よりI D ・ P a s s を発行し、郵送にてご案内いたします。

当院使用欄

I D	<input type="text"/>
-----	----------------------

Pass	<input type="text"/>
------	----------------------

発効日	<input type="text"/>
-----	----------------------

Pass 使用期限	<input type="text"/>
--------------	----------------------



TEISHINKAI

CENTRAL CI CLINIC

F A X 0 1 1 - 6 2 3 - 1 1 3 2

〒060-0042

札幌市中央区大通西17丁目1-27札幌メディケアセンタービル1階

TEL 011(623)1131