

びーよんネット利用申込書

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	フリ 氏	カナ 名	性別	メールアドレス

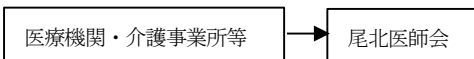
登録者一覧

職 種	フリ 氏	カナ 名	性別	メールアドレス

注1：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