

## つなごライン会員登録申込書(新規)

仙台往診クリニック研究部「つなごライン」事務局殿

「つなごライン利用規約」に同意し、新規登録を申請します。

記入年月日 年 月 日

ふりがな			
※運営法人・事業所名 (個人事業主は屋号)			
ふりがな			
※代表者名			
※本社・本部住所	〒	—	

ふりがな			
※連絡担当者名			
担当者部課名		担当者役職名	
※事務局連絡用メールアドレス	@		
※事務連絡用電話番号			
事務連絡用FAX番号			

①登録する事業所の情報(1ヶ所目)

※印は必須入力事項となります

※サービス種別			
※施設の名称			
※つなごライン表示名 (画面に表示される名称)	(文字数に制限はありません)		
※事業所の番号 (医療機関コードのような 公的機関に登録している番号)	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障害(児童含む) <input type="checkbox"/> 番号なし	番 号	
※メールアドレス (IDとなります)	@		
※住所1 (本社・本部住所 と同じ場合、記入不要)	〒	—	
※住所2 (ビル名・部屋番号)			
※施設電話番号			
施設FAX番号			

②登録する事業所の情報（2ヶ所目）

※印は必須入力事項となります

※サービス種別		
※施設の名称		
※つながライン表示名 (画面に表示される名称)	(文字数に制限はありません)	
※事業所の番号 (医療機関コードのような 公的機関に登録している番号)	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障害 (児童含む) <input type="checkbox"/> 番号なし	番 号
※メールアドレス (ID となります)	@	
※住所1 (本社・本部住所 と同じ場合、記入不要)	〒      ー	
※住所2 (ビル名・部屋番号)		
※施設電話番号		
施設FAX番号		

③登録する事業所の情報（3ヶ所目）

※印は必須入力事項となります

※サービス種別		
※施設の名称		
※つながライン表示名 (画面に表示される名称)	(文字数に制限はありません)	
※事業所の番号 (医療機関コードのような 公的機関に登録している番号)	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障害 (児童含む) <input type="checkbox"/> 番号なし	番 号
※メールアドレス (ID となります)	@	
※住所1 (本社・本部住所 と同じ場合、記入不要)	〒      ー	
※住所2 (ビル名・部屋番号)		
※施設電話番号		
施設FAX番号		

<送付先>

〒980-0013

宮城県仙台市青葉区花京院二丁目 1-7 2階

仙台往診クリニック 研究部「つながライン」事務局宛

または FAX:022-722-3877 まで

用紙が足りない場合は、2枚目をコピーしてお使いください。

事務局使用欄		
受理	審査	発行