



年 月 日

■施設名 : _____

ふりがな

■利用者 : _____

■資格 : 医師 (診療科: _____)

: 歯科医師・薬剤師・放射線技師・検査技師・その他[※]

■生年月日: _____年 月 日 ■性別: 男 女

(〒 _____ - _____)

■住所 : _____

■電話番号:(_____) - _____

■メールアドレス: _____

■初期パスワード: _____

(ID-Link ログイン時に必要になりますので、半角英数字 5 文字以上 16 文字以内で設定して下さい。)

利用者ごとに申請ください。

※資格がその他の場合は、別途「利用者申請書(特例誓約書)」を提出してください。

下記事務局まで、郵送または FAX 願います。

〒444-0827

(問合せ時間)

愛知県岡崎市針崎町字五反田 1 番地

平 日:午前 8 時 45 分から午後 7 時

藤田医科大学 岡崎医療センター 医療連携室

土曜日:午前 8 時 45 分から午後 0 時 30 分

TEL:0564-64-8200 FAX:0564-64-8194

なお、日曜日、祝祭日、年末年始(12月29日

メールアドレス:hp4renkei@fujita-hu.ac.jp

から翌年 1 月 3 日まで)は除く。

□事務局取扱欄

申請書受理日: _____ 担当者: _____

利用開始日: _____ 担当者: _____