別紙様式２

奈良県医療機能情報提供システム（なら医療情報ネット）参加申込書

　奈良県医療政策部長　殿

医療機関名

 管理者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　私は、このたび医療法第６条の３及び医療法施行規則第１条、奈良県医療機能情報公表制度実施要領の規定により、奈良県医療機能情報提供システム（なら医療情報ネット）に参加したいので申し込みます。

 記

１．法人名（個人の場合は不要）

２．医療機関名

３．区分　　　　病院　　診療所　　歯科診療所　　助産所

４．住所　〒

５．電話番号

６．ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ