別紙1

仙台市救急医療病院間連携推進事業　参加病院

システム利用者情報　提出様式

年　　　　月　　　　日

（提出先）　仙台市長

（法人所在地）

（法人名）

（代表者職氏名）

仙台市救急医療病院間連携推進事業への参加を希望するにあたり、転院調整システムの利用を行う者については下記の通りです。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | １ユーザー目  （必須） | 2ユーザー目  （任意） |
| 部署名  （システム内での表示名） |  |  |
| 役職 |  |  |
| 氏名 |  |  |
| フリガナ |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| メールアドレス |  |  |
| 代表者に◎ |  |  |

○　その他連絡事項（任意）

|  |
| --- |
|  |

以上

○　記載にあたっての留意事項

* 上記の情報は、転院調整システムの利用アカウントの発行と管理にあたって使用します。
* また上記の情報のうちシステムの円滑な利用を図るために必要な事項については、転院調整システム内で他のユーザーへ公開します。
* システム内での表示名について、部署名が共通する場合には、本市にて部署名の後に、[1][2]のように機械的に付番するか、または役職名まで記載するなどして対応します。
* メールアドレスについては、アプリからの通知を受信する際にも使用しますので、実際の転院調整に際して、不便が生じないアドレスを記入してください。
* アカウント発行に係る諸連絡を代表して担当していただける方については、「代表者に◎」欄に◎印をご記載ください。