

教育用電子カルテシステム共同利用申込書

申し込み年月日		利用開始予定日		
施設名				
部署名				
部署代表者名				印
実施責任者				印
連絡先	メール		電話番号	
同時利用端末台数				台
新規申込端末台数				台
教材DB同時利用 ユーザー数				人
年会費				30 万円
初期ライセンス費	7100 円	X	台=	円
合計				円
ホームページに貴施設名を掲載することを			承諾する	承諾しない
上記メールアドレスはメーリングリストに登録します。それ以外に登録したいメールアドレスがありましたら右に入れてください。				

上記の通り、教育用電子カルテシステム共同利用を申し込みます

施設名 \_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_ 印

申込書送付先

FAX 0287-24-3190

〒324-8501

栃木県大田原市北金丸 2600-1

国際医療福祉大学 情報教育センター

石川 徹

e-mail: [ishi@iuhw.ac.jp](mailto:ishi@iuhw.ac.jp)

HomePage: <http://ehr-renkei.iuhw.ac.jp>

模擬診療記録研究会参加申し込み書

申し込み年月日		利用開始予定日	
施設名			
部署名			
申込者氏名			
連絡先住所	〒		
連絡先	メール		電話番号
目的			
模擬診療記録研究会規約に同意します。			印
メーリングリストに登録することを承諾します。			印

申込書送付先

FAX 0287-24-3190

〒324-8501

栃木県大田原市北金丸 2600-1

国際医療福祉大学 情報教育センター

石川 徹

e-mail: [ishi@iuhw.ac.jp](mailto:ishi@iuhw.ac.jp)

HomePage: <http://ehr-renkei.iuhw.ac.jp>

電子カルテ授業研究会参加申し込み書

申し込み年月日		利用開始予定日	
施設名			
部署名			
申込者氏名			
連絡先住所	〒		
連絡先	メール		電話番号
目的			
模擬診療記録研究会規約に同意します。			印
メーリングリストに登録することを承諾します。			印

申込書送付先

FAX 0287-24-3190

〒324-8501

栃木県大田原市北金丸 2600-1

国際医療福祉大学 情報教育センター

石川 徹

e-mail: [ishi@iuhw.ac.jp](mailto:ishi@iuhw.ac.jp)

HomePage: <http://ehr-renkei.iuhw.ac.jp>