（別紙 1）

# 「つながろまい海部津島」 参加同意書

海部医療圏広域医療・介護・福祉ネットワーク「つながろまい海部津島」利用規約及びセキュリティーポリシーに同意し、参加申請いたします。

年　　月　　日

（医療機関または事業所　名称）

（医療機関または事業所　所在地）

（電話番号:　　）

（代表者名（施設管理者等））