（大阪病診薬連携アライアンス様式１-20230301）

提出日　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

大阪病診薬連携アライアンス入会届

大阪病診薬連携アライアンス　事務局　宛

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（病院名・医院名・歯科医院名・保険薬局名）は、

大阪病診薬連携アライアンスの活動に賛同し、入会を希望します。

入会にあたっては会則及び細則の説明を受けました。その内容について十分理解し合意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 御施設名 |  |
| 代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設所在地 |  |
| 連絡先(電話・FAX） |  |
| 連絡用メールアドレス |  |
| 担当者氏名 |  |

1. 複数の系列のご施設や複数店舗がある場合は、各施設・店舗ごとの入会届をお願いします。
2. 入会届が受理されましたら、「連絡用メールアドレス」に連絡が送られます。
3. 処方箋問い合わせ簡素化の運用開始時期についても連絡用メールにてお知らせします。

当該入会届については、取り扱いに注意し情報漏洩が無いよう細心の注意をはかります。

事務局管理番号：