データベース利用申請書

「加賀脳卒中地域連携協議会データベース利用規約」を承諾し、下記の通り申し込みします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申込年月日** | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| **申込者施設名** |  | |
| **住所** |  | |
| **電話番号** |  | |
| **メールアドレス** |  | |
| **申込者** | （職種）　　　　　　　　（氏名） | |
| **利用目的**  **※チェックを付けてください。** | 学会・研究等  個人的な分析  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **利用データ項目**  **※どのシートのどのセルのデータを利用するか具体的に記載ください。**  ※書ききれない場合は直接ご相談ください。 | 診療シート |  |
| 看護シート |  |
| リハシート |  |
| 栄養シート |  |
| 福祉シート |  |
| 薬剤シート |  |
| 歯科シート |  |
| 介護連携シート |  |
| **期間** | 年　　　　月　　~　　　　　年　　　　月  上記期間のデータを利用したい | |
| **利用範囲** | すべての病院  自院のデータのみ  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

【FAX送信先】

076-290-7240

加賀脳卒中地域連携協議会　事務局