広域災害医療情報システム登録票

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登録の種別	登録者名	携帯電話メールアドレス	携帯電話機種
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			

広域災害医療情報システム登録票（記入例）

医療機関名：　県庁病院

担当者名：　県庁太郎

担当者電話番号：　○○○－●●●●

登録の種別	登録者名	携帯電話メールアドレス	携帯電話機種
(登録)・変更・削除	県庁太郎（本館）	abcdef@docomo.ne.jp	P905i
(登録)・変更・削除	県庁花子（本館）	ghijkl@ez-web.ne.jp	W53CA
(登録)・変更・削除	県庁桃子（病棟）	stuvwx@softbank.ne.jp	920SH
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			
登録・変更・削除			