

情報共有システム 登録内容変更依頼書

丸亀市長 殿

在宅医療・介護に関する多職種連携のための医療介護連携システム利用について、
システム登録内容の変更を申請します。

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

カナミックネットワーク会員情報 情報連携運営者

貴社名	丸亀市
ご担当者名	安藤 和代
ご連絡先電話番号	TEL 0877-24-8933/ FAX 0877-24-8914
依頼書送付先	763-0034 香川県丸亀市大手町二丁目4番21号 丸亀市健康福祉部高齢者支援課 地域包括支援センター

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****
※法人の場合は法人名もご記入ください

事業者情報	(フリガナ) 法人名 機関名・ 事業所名			
	(フリガナ) 申請者	(フリガナ) 代表者	印	
	住 所	〒		
	電話番号	FAX		
	E-Mail			

No.	変更・訂正項目	変更前	変更後
1	<input type="checkbox"/> 事業者名称・番号・所在地・連絡先 <input type="checkbox"/> システム利用者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> 利用機器 <input type="checkbox"/> その他 ()		
2	<input type="checkbox"/> 事業者名称・番号・所在地・連絡先 <input type="checkbox"/> システム利用者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> 利用機器 <input type="checkbox"/> その他 ()		
3	<input type="checkbox"/> 事業者名称・番号・所在地・連絡先 <input type="checkbox"/> システム利用者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> 利用機器 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※IDの発行は様式 1-1~2-2、IDの停止は様式 3 をご使用ください。
※部屋の参加メンバーの変更(部屋の参加者を追加/削除する場合など)は、様式 5-2 をご使用ください。

連絡欄	
-----	--