情報共有システム利用登録依頼書

**丸亀式 地域包括ケア**

**医療介護連携クラウドシステム**

（参加者：医療機関、その他事業者用）

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、

規定の誓約事項を遵守いたしますのでシステム利用登録を申請します。　　　　　　　　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 | 入江　準子 |
| 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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関・事業者情報 | （フリガナ）  法人名・  医療機関名 |  | | | |
|  | | | |
| （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. | （フリガナ）  システム利用者氏名 | 職種 | システム利用機器 |
|
| 1 | （フリガナ） | 医師・看護師  ・  （　　　　　　　） |  |
| （氏　　名） |
| 2 | （フリガナ） | 医師・看護師  ・  （　　　　　　　） |  |
| （氏　　名） |
| 3 | （フリガナ） | 医師・看護師  ・  （　　　　　　　） |  |
| （氏　　名） |
| 4 | （フリガナ） | 医師・看護師  ・  （　　　　　　　） |  |
| （氏　　名） |
| 5 | （フリガナ） | 医師・看護師  ・  （　　　　　　　） |  |
| （氏　　名） |

※介護保険の事業所番号がある訪問看護ステーション所属の看護師は、様式2-2で申請してください。

連絡欄

[文書の重要な部分を引用して読者の注意を引いたり、このスペースを使って注目ポイントを強調したりしましょう。このテキスト ボックスは、ドラッグしてページ上の好きな場所に配置できます。]