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：介護事業所用）

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所情報 | （フリガナ）  法人名・  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. | （フリガナ）  システム利用者氏名 | 職種 | 事業所番号 | システム利用機器 |
| 事業所名 |
| 1 | （フリガナ） |  |  |  |
| （氏　　名） |  |
| 2 | （フリガナ） |  |  |  |
| （氏　　名） |  |
| 3 | （フリガナ） |  |  |  |
| （氏　　名） |  |
| 4 | （フリガナ） |  |  |  |
| （氏　　名） |  |
| 5 | （フリガナ） |  |  |  |
| （氏　　名） |  |

連絡欄