**情報共有システム　登録内容変更依頼書**

**丸亀式 地域包括ケア**

**医療介護連携クラウドシステム**

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 | 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 | □事業者名称・番号・所在地・連絡先  □システム利用者  　　□氏名　　□職種　　□利用機器  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| 2 | □事業者名称・番号・所在地・連絡先  □システム利用者  　　□氏名　　□職種　　□利用機器  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| 3 | □事業者名称・番号・所在地・連絡先  □システム利用者  　　□氏名　　□職種　　□利用機器  □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