

様式1 参加者

情報共有システム利用登録依頼書

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	松阪市役所
ご担当者名	松阪市高齢者支援課
ご連絡先電話番号	事務:松阪地域在宅医療・介護連携拠点 0598-25-3070
依頼書送付先	〒

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

令和 年 月 日

※法人の場合は法人名もご記入ください

医療機関情報	(フリガナ) 医療機関名 (法人名等)	
	(フリガナ) 代表者名	
	住 所	
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種
	1	(フリガナ) (氏 名)
2	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師・その他()
3	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師・その他()
4	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師・その他()
5	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師・その他()

- ・事業所内で定めた情報共有システム担当者の方(1名以上)の番号に○をお付けください。
(情報共有システム担当者の役割については「個人情報の取扱方針」参照)
- ・IDは発行後カナミックより事業所様へ郵送いたします。
- ・送付先が、上記法人住所と異なる場合は、ご記入ください。

備考 _____