

情報共有システム利用登録依頼書（歯科医師会会員用）

カナミックネットワーク会員情報

システム名	ささえiネット一宮（一宮市在宅医療・介護情報共有システム）
団体名	一宮市在宅医療・介護連携推進協議会
担当者名	一宮市医師会在宅医療サポートセンター（一宮市医師会事務局）
連絡先電話番号	0586-73-4769
依頼書送付先 FAX 番号	0586-72-1447

***** 情報共有システム ID 発行先情報 *****

令和 年 月 日

事業 所 情 報	(フリガナ) 法人名			
	(フリガナ) 医療機関名			
	(フリガナ) 管理 者 名	印		
	所 在 地	〒 -		
	電 話 番 号	() -	FAX 番号	() -

No	システム利用者氏名	職 種 （該当に○印）
1	(フリガナ)	歯科医師 ・ 歯科衛生士
	(氏 名)	その他 ()
2	(フリガナ)	歯科医師 ・ 歯科衛生士
	(氏 名)	その他 ()
3	(フリガナ)	歯科医師 ・ 歯科衛生士
	(氏 名)	その他 ()
4	(フリガナ)	歯科医師 ・ 歯科衛生士
	(氏 名)	その他 ()
5	(フリガナ)	歯科医師 ・ 歯科衛生士
	(氏 名)	その他 ()
6	(フリガナ)	歯科医師 ・ 歯科衛生士
	(氏 名)	その他 ()
7	(フリガナ)	歯科医師 ・ 歯科衛生士
	(氏 名)	その他 ()

