**情報共有システム利用登録依頼書（歯科医師会会員用）**

様式１－２

**カナミックネットワーク**

**会員専用**

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 ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

平成　　　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 | (　　　　)　　　－ | F A X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  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| （氏　　名） |  |
| ２ | （フリガナ） |  | 歯科医師　・　歯科衛生士  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| （氏　　名） |  |
| ３ | （フリガナ） |  | 歯科医師　・　歯科衛生士  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| （氏　　名） |  |
| ４ | （フリガナ） |  | 歯科医師　・　歯科衛生士  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| （氏　　名） |  |
| ５ | （フリガナ） |  | 歯科医師　・　歯科衛生士  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| （氏　　名） |  |
| ６ | （フリガナ） |  | 歯科医師　・　歯科衛生士  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| （氏　　名） |  |
| ７ | （フリガナ） |  | 歯科医師　・　歯科衛生士  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| （氏　　名） |  |