様式１－３

カナミックネットワーク
会員専用

情報共有システム利用登録依頼書（薬剤師会会員用）

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 ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

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	（　　）　　－	ＦＡＸ番号	（　　）　　－

No	システム利用者氏名	職　　種　（該当に○印）
1	（フリガナ） （氏　　名）	薬剤師 その他（　　）
2	（フリガナ） （氏　　名）	薬剤師 その他（　　）
3	（フリガナ） （氏　　名）	薬剤師 その他（　　）
4	（フリガナ） （氏　　名）	薬剤師 その他（　　）
5	（フリガナ） （氏　　名）	薬剤師 その他（　　）
6	（フリガナ） （氏　　名）	薬剤師 その他（　　）
7	（フリガナ） （氏　　名）	薬剤師 その他（　　）