様式１―４

**カナミックネットワーク**

**会員専用**

情報共有システム使用登録依頼書 （事業所用）

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

※法人名もご記入ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人情報 | （フリガナ）  法人名 |  | | |
|  | | |
| （フリガナ）  代表者名 |  | | |
| 印 | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | （フリガナ）  システム使用者氏名 | 職　　種　　（該当に○印） |
| 1 | （フリガナ） | 職種 （ ケアマネジャー ・ 看護師 ・ その他：　　　　　　） |
| （氏　　名） | 事業所名　 ： |
| 事業所番号： |
| 2 | （フリガナ） | 職種 （ ケアマネジャー ・ 看護師 ・ その他：　　　　　　） |
| （氏　　名） | 事業所名　 ： |
| 事業所番号： |
| 3 | （フリガナ） | 職種 （ ケアマネジャー ・ 看護師 ・ その他：　　　　　　） |
| （氏　　名） | 事業所名　 ： |
| 事業所番号： |
| 4 | （フリガナ） | 職種 （ ケアマネジャー ・ 看護師 ・ その他：　　　　　　） |
| （氏　　名） | 事業所名　 ： |
| 事業所番号： |
| 5 | （フリガナ） | 職種 （ ケアマネジャー ・ 看護師 ・ その他：　　　　　　） |
| （氏　　名） | 事業所名　 ： |
| 事業所番号： |