

様式1-4

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*****

平成 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:

備考