

様式2-1

情報共有システム利用登録依頼書

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	公益社団法人東村山市医師会
ご担当者名	
ご連絡先電話番号	042-395-1212
ID 送付先住所	〒189-0014 東京都東村山市本町 4 丁目 5-6 FAX 042-394-4582

「東村山市医師会在宅医療ネットワーク運用管理規則」第 9 条 利用者の責務と「カナミックネットワーク患者(利用者)のコミュニティの作成について」の作成のルールを遵守することを誓約し、下記の通り、情報共有システムの ID 発行を申請いたします。

令和 年 月 日

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

※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
	住 所	〒
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種
1	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・看護師)
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号: 利用者登録 する / しない
2	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・看護師)
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号: 利用者登録 する / しない
3	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・看護師)
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号: 利用者登録 する / しない
4	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・看護師)
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号: 利用者登録 する / しない

備考