

様式2-2

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 4-5-6 FAX:042-394-4582

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

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
	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 ・ 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