

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	一般社団法人 唐津東松浦医師会
担当者名	在宅医療・介護連携支援センター ぴあと
連絡先	TEL 0955-75-5170 fax 0955-75-5189
ID送付先住所	〒847-0041 佐賀県唐津市千代田町 2566-11 唐津地域医療総合保健医療センター4階

紹介元医療機関	
---------	--

\*\*\*\*\*情報共有システム ID 発行依頼先情報\*\*\*\*\*

年 月 日

貴社法人情報	(フリガナ) 法人名	
	(フリガナ) 代表者名	印
	住所	〒
	電話番号	

No.	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:

※ 情報共有システム利用に当たっては、裏面の誓約事項を遵守いたします。