

様式1-2

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	流山市役所
ご担当者名	介護支援課 情報共有システム担当者
ご連絡先	TEL : 04-7150-6531 FAX : 04-7159-5055
ID 送付先住所	〒270-0192 千葉県流山市平和台 1-1-1

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

令和 年 月 日

※法人の場合は法人名もご記入ください

医療機関情報	(フリガナ) 医療機関名 (法人名等)	
	(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) (氏 名)	医師 ・ 看護師 ・ その他()
2	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師 ・ その他()
3	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師 ・ その他()
4	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師 ・ その他()
5	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師 ・ その他()

備考 _____