

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	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