

様式1-1

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	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

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

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)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
2	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
3	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
4	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない
5	(フリガナ)	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
	(氏 名)	患者登録 する / しない

備考

※ 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。