

様式 2 - 1 - 1 (医療機関用)

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システム
利用登録 (ID 発行) 申請書

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	(一社) 神崎市郡医師会 (神崎市郡在宅医療・介護連携支援センター)
御担当者名	
ご連絡先電話番号	— —
ID 送付先住所	

紹介元	
-----	--

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

利用者 (患者) に在宅医療・介護サービスを提供するため、規定の誓約事項を遵守の上、以下のとおり、神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システム利用の登録 (ID 発行) を申請します。

令和 年 月 日

< ICT システム利用登録 (ID 発行) 申請情報 >

医療機関情報	(フリガナ) 医療機関名 (法人名)	
	(フリガナ) 代表者名	印
	所在地	〒
	電話番号	

※法人の場合は法人名もご記入ください。

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職種 (※)
1	(フリガナ)	
	(氏 名)	
2	(フリガナ)	
	(氏 名)	
3	(フリガナ)	
	(氏 名)	
4	(フリガナ)	
	(氏 名)	
5	(フリガナ)	
	(氏 名)	

(※) 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT、OT、MSW、ケアマネージャー、介護士、ホームヘルパー、事務職員等の職種名を具体的に記載して下さい。

様式 2-1-2 (介護事業所用)

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システム
利用登録 (ID 発行) 申請書

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	(一社) 神崎市郡医師会 (神崎市郡在宅医療・介護連携支援センター)
御担当者名	
ご連絡先電話番号	— —
ID 送付先住所	

紹介元	
-----	--

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

利用者 (患者) に在宅医療・介護サービスを提供するため、規定の誓約事項を遵守の上、以下のとおり、神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システム利用の登録 (ID 発行) を申請します。

令和 年 月 日

< ICT システム利用登録 (ID 発行) 申請情報 >

介護事業所情報	(フリガナ) 法人名・事業所名	
	(フリガナ) 代表者名	⑧
	所在地	〒
	電話番号	

※法人の場合は法人名もご記入ください。

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職種 (※)	事業所名
			事業所番号
1	(フリガナ)		
	(氏 名)		
2	(フリガナ)		
	(氏 名)		
3	(フリガナ)		
	(氏 名)		
4	(フリガナ)		
	(氏 名)		
5	(フリガナ)		
	(氏 名)		

(※) 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT、OT、MSW、ケアマネージャー、介護士、ホームヘルパー、事務職員等の職種名を具体的に記載して下さい。

様式 2 - 2

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システム
 利用登録（ID 発行）変更・停止申請書

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	(一社) 神崎市郡医師会 (神崎市郡在宅医療・介護連携支援センター)
御担当者名	
ご連絡先電話番号	— —

*****情報共有システム ID 変更・停止依頼先情報*****

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システムの利用について、以下のとおり、登録内容（ID 発行）の変更（又は停止）を申請します。

令和 年 月 日

<ICT システム利用登録（ID 発行）申請情報>

介護事業所情報・ 医療機関	(フリガナ) 医療機関・ 事業所名 (法人名)	
	(フリガナ) 代表者名	㊟
	所在地	〒
	電話番号	

登録内容の変更

No.	変更・訂正項目	変更前	変更後	変更理由
1	<input type="checkbox"/> 事業所名称・番号・所在地・連絡先 <input type="checkbox"/> システム利用者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> その他 ()			
2	<input type="checkbox"/> 事業所名称・番号・所在地・連絡先 <input type="checkbox"/> システム利用者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> その他 ()			
3	<input type="checkbox"/> 事業所名称・番号・所在地・連絡先 <input type="checkbox"/> システム利用者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> その他 ()			

システムの利用停止（ID の停止）

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職種	事業所番号 (介護事業所のみ)	利用停止 年月日	停止 理由
	事業所名 (介護事業所のみ)				
1	(フリガナ)				担当者変更 異動・退職 その他
	(氏 名)				
2	(フリガナ)				担当者変更 異動・退職 その他
	(氏 名)				
3	(フリガナ)				担当者変更 異動・退職 その他
	(氏 名)				

