

様式2-2

情報共有システム利用登録依頼書 (介護事業所用)

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	吉野川市医師会
ご担当者名	岸田 北谷
ご連絡先電話番号	0883 - 22 - 3488
依頼書送付先 FAX 番号	0883 - 22 - 3322

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

平成 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