

様式2-2

情報共有システム利用登録依頼書  
(参加者:介護事業所・関連機関用)

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	一般社団法人 三原市医師会
ご担当者名	会長 小園 亮次
ご連絡先電話番号	0848-62-2283
依頼書送付先	三原市地域包括ケア連携推進協議会 地域包括ケアシステム構築部会 高齢者相談センター三原市医師会 尾野 康雄

\*\*\*\*\*情報共有システム ID 発行依頼先情報\*\*\*\*\*  
※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)
(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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ その他: )
	(氏 名)	事業所名 : 事業所番号:

