

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	一般社団法人 横須賀市医師会
ご担当者名	かもめ広場
ご連絡先電話番号	046-824-6430
ID 送付先住所	神奈川県横須賀市新港町 1-11

*****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

申込先 : 横須賀市医師会 FAX 046-823-4534