

在宅医療・介護情報共有システム「かもめネット」

利用登録依頼書

横須賀市医師会長あて

多職種連携のための在宅医療・介護情報共有システム「かもめネット」の利用について、規定の誓約事項を遵守いたしますので利用登録を申請します。

平成 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

FAX 送付先 : 横須賀市医師会 046-823-4534