

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 :
※「かもめネット」の ID 発行は 1 事業所当たり 1ID となります。 「システム利用者氏名」の欄には、 利用代表者の方のお名前をご記入 下さい。	事業所	郵便番号 :
		住 所 :
		電話番号 :
		代表者名 : (管理者)

紹介元医療機関名 :

FAX 送付先 : 横須賀市医師会 046-823-4534