

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。

令和 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	
	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 :
事業所情報	郵便番号	
	住 所	
	電話番号	
	代表者名(管理者)	

備考 (紹介医療機関等)

申込先 : 横須賀市医師会 FAX 046-823-4534