

横須賀市医師会かもめ広場あて

在宅医療・介護情報共有システム「かもめネット」

ID 停止依頼書

ご記入日: 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	印
	住 所	〒
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種 等 ※介護事業所の場合は事業所名・事業所番号もご記入ください
1	(フリガナ)	職種(医師・看護師・ケアマネジャー ・その他)
	(氏 名)	介護事業所名 :
		介護事業所番号 :
2	(フリガナ)	職種(医師・看護師・ケアマネジャー ・その他)
	(氏 名)	介護事業所名 :
		介護事業所番号 :
3	(フリガナ)	職種(医師・看護師・ケアマネジャー ・その他)
	(氏 名)	介護事業所名 :
		介護事業所番号 :

◆ 情報共有システム ID 停止年月日 【令和 年 月 日】

※上記停止年月日が空欄の場合は、即日の停止といたしますので予めご了承ください。

【ご注意】ID 停止年月日の翌日より、情報共有システムに参加することができなくなりますが、各コミュニティおよびケアレポートには参加しているように見えるため、各コミュニティおよびケアレポートの参加終了期間を設定してください。

申込先 : 横須賀市医師会 FAX 046-823-4534

Ver.20130401