

様式2-2 (ケアマネジャー、訪問看護師、介護事業所向け・参加者用)

西区在宅あんしん連携システム 利用登録依頼書

会員情報

貴社名	広島市西区医師会
ご担当者名	
ご連絡先電話番号	082-297-6636
依頼書送付先	広島市西区福島町2丁目24番1号

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

※法人名もご記入ください

ご記入日: 年 月 日

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 事業所
1	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・その他:) 事業所名 : 事業所番号:
	(氏 名)	
2	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・その他:) 事業所名 : 事業所番号:
	(氏 名)	
3	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・その他:) 事業所名 : 事業所番号:
	(氏 名)	
4	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・その他:) 事業所名 : 事業所番号:
	(氏 名)	
5	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・その他:) 事業所名 : 事業所番号:
	(氏 名)	