

様式 3

情報連携システム ID 停止依頼書

カナミックネットワーク会員情報

法人名	桜川市
担当者名	高齢福祉課 担当者
連絡先	TEL:0296-73-4511 FAX:0296-75-4690 Email: koureifukushi@city.sakuragawa.lg.jp

*****情報共有システム ID 停止先情報*****

ご記入日：西暦 年 月 日

※法人もしくは医療機関名の記入および代表者印をご捺印ください。

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 <small>※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</small>
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:

◆情報連携システム ID 停止年月日【西暦 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、情報連携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。