

様式2-2A

ICT 情報連携システム利用事業所のID発行依頼書(PKI 認証)

依頼者情報

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

*****サービス事業所用 連携 ID 発行先情報*****

ご記入日: 西暦 年 月 日

※法人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
	主たる住所地	〒
	電話番号	

事業所情報	事業所名	
	事業所番号	電話番号
	事業所住所	
	サービス種類 (予防も含む)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 認知通所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(老健) <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能 <input type="checkbox"/> 地域通所 <input type="checkbox"/> 総合事業サービス(訪問型) <input type="checkbox"/> 総合事業サービス(通所型) <input type="checkbox"/> 上記にないサービス()

No.	(フリガナ) システム利用者情報	No.	(フリガナ) システム利用者情報
1	(フリガナ) (氏名)	4	(フリガナ) (氏名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
2	(フリガナ) (氏名)	5	(フリガナ) (氏名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
3	(フリガナ) (氏名)	6	(フリガナ) (氏名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
ID/PW を受け取る住所			

備考

カナミック使用欄

- 事業所登録 スタッフ登録 PKI 認証(個人) 利用者コミュニティ: 一般 ICT 情報連携
 事業所管理設定