

様式1-2

情報共有システム利用登録依頼書(PKI 認証)

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: <a href="mailto:koureifukushi@city.sakuragawa.lg.jp">koureifukushi@city.sakuragawa.lg.jp</a>
住所	茨城県桜川市岩瀬 64 番地 2

\*\*\*\*\*情報共有システム ID 発行依頼先情報\*\*\*\*\*  
ご記入日: 西暦 年 月 日

※法人の場合は法人名の記入、法人もしくは医療機関の代表者印をご捺印ください。

医療機関情報	(フリガナ) 医療機関名 (法人名等)	
	(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
1	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師 ・ その他( )
2	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師 ・ その他( )
3	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師 ・ その他( )
4	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師 ・ その他( )
5	(フリガナ) (氏 名)	医師 ・ 看護師 ・ その他( )

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 事業所管理設定