

カナミックネットワーク
ユーザ専用依頼用紙

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0000年 0月 0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	カブシキガイシャ サンプルサービス 株式会社 サンプルサービス	印 印
	(フリガナ) 代表者名	カイゴ タロウ 介護 太郎	
	主たる住所地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇	
	電話番号	000-000-0000	

※法人の場合：法人代表者印
個人の場合：個人印

事業所情報	事業所名	サンプル介護サービス	
	事業所番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	電話番号 000-000-0000
	事業所住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇	
	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 checked="" 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(※様式4の「登録機関種別」と統一してください。	

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) 〇〇 〇〇 (氏 名) 〇〇 〇〇 ICT 情報連携: <u>希望する</u> / 希望しない	4	(フリガナ) (氏 名)
2	(フリガナ) (氏 名) ICT 情報連携: 希望する / 希望しない	5	(フリガナ) (氏 名)
3	(フリガナ) (氏 名) ICT 情報連携: 希望する / 希望しない		
ID/PW を受け取る住所		市 番地×	

他事業所と介護ソフト間の予定と実績のシステム連携を担当される方のみチェックを入れてください (1事業所1名程度を目安とします)

カナミッククラウドサービスの ID をお持ちの方は備考欄に記入をお願いします。
例) カナミックユーザーです。
〇〇クリニックとの連携で登録済です。等

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