

様式1-2(医療機関等用)

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:koureifukushi@city.sakuragawa.lg.jp
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	
	FAX	
	Email	
	管理者名	運用責任者名

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職種
1	(フリガナ)	医師・看護師・その他()
	(氏名)	
2	(フリガナ)	医師・看護師・その他()
	(氏名)	
3	(フリガナ)	医師・看護師・その他()
	(氏名)	
4	(フリガナ)	医師・看護師・その他()
	(氏名)	
5	(フリガナ)	医師・看護師・その他()
	(氏名)	

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

Ver.20130322

202412 改訂 桜川市