

様式2-2A(介護事業所等用)

## 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	
													FAX	
	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( )												
管理者名						運用責任者名								

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)	4	(フリガナ)
	(氏名)		(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)	5	(フリガナ)
	(氏名)		(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)	6	(フリガナ)
	(氏名)		(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Email

### 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