

様式1-2

情報共有システム利用登録依頼書
(参加者:医師・医療機関用)

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	一般社団法人 三原市医師会
ご担当者名	会長 小園 亮次
ご連絡先電話番号	0848-62-2283
依頼書送付先	三原市地域包括ケア連携推進協議会 地域包括ケアシステム構築部会 高齢者相談センター三原市医師会 尾野 康雄

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

※法人の場合は法人名もご記入ください

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	
	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)		
2	(フリガナ)	医師 ・ その他()
	(氏 名)	
3	(フリガナ)	医師 ・ その他()
	(氏 名)	
4	(フリガナ)	医師 ・ その他()
	(氏 名)	
5	(フリガナ)	医師 ・ その他()
	(氏 名)	

備考 _____