

様式 3

情報連携システム ID 停止依頼書

カナミックネットワーク会員情報

法人名・部署名	筑西市保健福祉部地域医療推進課
担当者名	在宅医療・介護連携システム担当者
連絡先	TEL 0296-22-0535 FAX 0296-25-2913

*****情報共有システム ID 停止先情報*****

ご記入日：西暦 年 月 日

※法人もしくは医療機関情報をご記入ください。

法人・医療機関情報	(フリガナ) 法人・医療機関名	
	(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 等 ※介護事業所の場合は事業所名・事業所番号もご記入ください
1	(フリガナ)	職種 (医師・看護師・ケアマネジャー・ その他:)
	(氏 名)	介護事業所名 : 介護事業所番号:
2	(フリガナ)	職種 (医師・看護師・ケアマネジャー・ その他:)
	(氏 名)	介護事業所名 : 介護事業所番号:
3	(フリガナ)	職種 (医師・看護師・ケアマネジャー その他:)
	(氏 名)	介護事業所名 : 介護事業所番号:

◆情報連携システム ID 停止年月日【西暦 年 月 日】

※上記停止年月日が空欄の場合は、即日の停止といたしますので予めご了承ください。

【ご注意】 ID 停止年月日の翌日より、情報連携システムに参加することができなくなりますが、各コミュニティおよびケアレポートには参加しているように見えるため、各コミュニティおよびケアレポートの参加終了期間を設定してください。