

様式1-2

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

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

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

西暦 年 月 日

※法人の場合は法人名もご記入ください

医療機関・法人情報	(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	

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・薬剤師
	(氏 名)	その他()
2	(フリガナ)	医師・看護師・薬剤師
	(氏 名)	その他()
3	(フリガナ)	医師・看護師・薬剤師
	(氏 名)	その他()
4	(フリガナ)	医師・看護師・薬剤師
	(氏 名)	その他()
5	(フリガナ)	医師・看護師・薬剤師
	(氏 名)	その他()

備考