

送信先FAX：
0954-23-2216

カナミックネットワーク
会員専用

様式2-2

情報共有システム利用登録依頼書

カナミックネットワーク会員情報

貴社名	一般社団法人 武雄杵島地区医師会
ご担当者名	
ご連絡先電話番号	0954-22-3344
ID 送付先住所	〒847-0041 佐賀県武雄市武雄町大字昭和 300 番地

紹介元医療機関	
---------	--

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

平成 年 月 日

貴社法人情報	(フリガナ) 法人名	
	(フリガナ) 代表者名	印
	住所	〒
	電話番号	

No.	システム利用者氏名	職 種
1	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・看護師・その他:)
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号:
2	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・看護師・その他:)
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号:
3	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・看護師・その他:)
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号:
4	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・看護師・その他:)
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号:
5	(フリガナ)	職種 (ケアマネジャー・看護師・その他:)
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号: