

送付先

FAX:

機式 4

カナミックネットワーク
会員専用

情報連携システム ID 再発行依頼書

カナミックネットワーク会員情報(再発行 ID 送付先)

貴社名	一般社団法人 武雄杵島地区医師会
住所	〒 843-0023 佐賀県武雄市武雄町大字昭和300番地
ご担当者名	
ご連絡先電話番号	0954-22-3344
紹介元医療機関	

*****情報共有システム ID 再発行先情報*****

ご記入日: 平成 年 月 日

※法人名もご記入ください

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.	(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: