

NPO法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会  
「うおぬま・米（まい）ねっと」参加申込書（介護事業所用）

特定非営利活動法人  
魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 宛て

特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会ネットワークシステムでの情報共有に関する規約に同意し、下記のとおり申し込みます。

また、米ねっと事務局によるID-Linkへの代理申込みについても同意致します。

申込区分	新規・変更・中止	申込日	年 月 日
住 所	〒	市・町 番地	
ふりがな			
施 設 名			
電話番号		FAX番号	
代表者名	職名	氏名	㊟
ふりがな			
法 人 名			
法人住所	〒	市・町 番地	
施設種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所（希望タブレット台数 _____ 台） <input type="checkbox"/> 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護事業所 <input type="checkbox"/> 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与事業所 <input type="checkbox"/> 入居施設（ <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 地密老福 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <p style="text-align: right;">※タブレット数はご希望に添えない場合があります。</p>		
担当者名			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
特記事項			

…………… 【以下受付窓口・事務局処理欄】 申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。 ……………

理事長	事務局長	処理者	処理日		受付日	
			FAX	/ /	FAX	/ /
			原本	/ /	原本	/ /