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 | □居宅介護支援事業所□地域包括支援センター□訪問看護事業所（希望タブレット台数　　　　　台）□訪問介護事業所　　　　　　　　□訪問入浴介護事業所□通所介護事業所　　　　　　　　□小規模多機能型居宅介護事業所□短期入所生活介護事業所　　　　□福祉用具貸与事業所□入居施設 （ □特養 □地密老福 □老健 □有料老人ﾎｰﾑ □ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ ）□その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　※タブレット数はご希望に添えない場合があります。 |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 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 | /　　/ |