

様式 3

情報連携システム ID 停止依頼書

カナミックネットワーク会員情報

| | |
|----------|-------------------------------|
| 貴社名 | 広島市東区医師会 |
| ご担当者名 | 河野 美樹子・木原由美子 |
| ご連絡先電話番号 | 082-506-1714 FAX 082-506-1704 |

*****情報共有システム ID 停止先情報*****

ご記入日: 令和 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 | |
| | 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: |

◆ 情報連携システム ID 停止年月日【令和 年 月 日】

※上記停止年月日が空欄の場合は、即日の停止といたしますので予めご了承ください。

【ご注意】 ID 停止年月日の翌日より、情報連携システムに参加することができなくなりますが、各コミュニティおよびケアレポートには参加しているように見えるため、各コミュニティおよびケアレポートの参加終了期間を設定してください。