

様式2-2

情報共有システム利用登録依頼書  
(参加者:訪問看護ステーション用)

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 FAX082-506-1704    |
| 依頼書送付先   | 広島市東区東蟹屋町 9-34<br>東区総合福祉センター 2階 |

\*\*\*\*\*情報共有システム ID 発行依頼先情報\*\*\*\*\*  
※法人名もご記入ください

|      |                |   |
|------|----------------|---|
| 法人情報 | (フリガナ)<br>法人名  |   |
|      | (フリガナ)<br>代表者名 |   |
|      | 住 所            | 〒 |
|      | 電話番号           |   |

| No.   | (フリガナ)<br>システム利用者氏名 | 職 種              |
|-------|---------------------|------------------|
|       | 1                   | (フリガナ)           |
| (氏 名) |                     | 事業所名 :<br>事業所番号: |
| 2     | (フリガナ)              | 職種 (看護師 ・ その他: ) |
|       | (氏 名)               | 事業所名 :<br>事業所番号: |
| 3     | (フリガナ)              | 職種 (看護師 ・ その他: ) |
|       | (氏 名)               | 事業所名 :<br>事業所番号: |
| 4     | (フリガナ)              | 職種 (看護師 ・ その他: ) |
|       | (氏 名)               | 事業所名 :<br>事業所番号: |
| 5     | (フリガナ)              | 職種 (看護師 ・ その他: ) |
|       | (氏 名)               | 事業所名 :<br>事業所番号: |