

様式1-2

情報共有システム利用登録依頼書(PKI 認証)

カナミックネットワーク会員情報

法人・部署名	水戸市地域包括支援センター
担当者名	情報共有システム管理責任者
連絡先	TEL:029-232-9110 FAX:029-232-9
ID 送付先住所	茨城県水戸市中央1丁目4-1

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****
西暦 年 月 日

■システムに登録する以下の情報をご記入ください。

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	

※ 個人事業主の場合、法人名に医療機関名等をご記入ください。

医療機関等情報	(フリガナ) 医療機関名等	
	住 所	〒
	電話番号	
	ID/PW を受けとる住所:①上記と同じ ②その他()	
システムの利用に関する連絡に使用するメールアドレス:		

No.	(フリガナ) システム利用者情報	職種	No.	(フリガナ) システム利用者情報	職種
1	(フリガナ) (氏 名)	医師 看護師 その他	4	(フリガナ) (氏 名)	医師 看護師 その他
	(フリガナ) (氏 名)			(フリガナ) (氏 名)	
2	(フリガナ) (氏 名)	医師 看護師 その他	5	(フリガナ) (氏 名)	医師 看護師 その他
	(フリガナ) (氏 名)			(フリガナ) (氏 名)	
3	(フリガナ) (氏 名)	医師 看護師 その他	6	(フリガナ) (氏 名)	医師 看護師 その他
	(フリガナ) (氏 名)			(フリガナ) (氏 名)	

備考 _____

Ver.20130322

カナミック使用欄

事業所登録 スタッフ登録 PKI 認証 (個人) 利用者コミュニティ：一般 ICT 情報連携
事業所管理設定