

様式 2-2C

委託先居宅支援事業所およびケアマネジャー登録用紙(PKI 認証/ICT 連携)

依頼者情報(地域包括支援センター情報)

地域包括支援センター名	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
連絡先電話番号	TEL:029-232-9110 FAX:029-232-9112

*****委託先居宅支援事業所用 連携 ID 発行先情報*****
ご記入日: 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	
	主たる住所地	
	電話番号	

事業所名 :	
事業所番号:	
事業所住所:	
事業所電話番号:	
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:	

※ 地域包括支援センターから返信を受ける住所等をご記載ください。

No.	(フリガナ) ケアマネジャー氏名	支援専門員番号
1	(フリガナ) (氏 名)	介護支援専門員番号(8桁):
2	(フリガナ) (氏 名)	介護支援専門員番号(8桁):
3	(フリガナ) (氏 名)	介護支援専門員番号(8桁):

- ・委託先居宅支援事業所のケアマネジャーとして、カナミックネットワークのシステムでご利用様の提供票・提供票別表、計画表等の作成が可能です。
 - ・医療・介護多職種連携(コミュニティ)機能を利用することが可能です。
 - ・ICT 情報連携(居宅とサービス事業所間におけるデータ連携機能)の利用が可能です。
- ※用紙記入後は、「地域包括支援センター様」に返送下さい。

備考

カナミック使用欄

- 事業所登録 ケアマネジャー登録 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