

様式2-2A

## ICT 情報連携システム利用事業所のID発行依頼書(PKI 認証)

### 依頼者情報

法人名・部署名	筑西市保健福祉部地域医療推進課
担当者名	在宅医療・介護連携システム担当者
連絡先	TEL 0296-22-0535 FAX 0296-25-2913

\*\*\*\*\*サービス事業所用 連携 ID 発行先情報\*\*\*\*\*

ご記入日: 西暦 年 月 日

※法人名の記入および代表者印をご捺印ください。

法人情報	(フリガナ) 法人名	
	(フリガナ) 代表者名	印
	主たる住所地	〒
	電話番号	

事業所情報	事業所名	
	事業所番号	電話番号
	事業所住所	
	サービス種類 (予防も含む)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 認知通所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(老健) <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能 <input type="checkbox"/> 地域通所 <input type="checkbox"/> 総合事業サービス(訪問型) <input type="checkbox"/> 総合事業サービス(通所型) <input type="checkbox"/> 上記にないサービス( )

No.	(フリガナ) システム利用者情報	No.	(フリガナ) システム利用者情報
1	(フリガナ) (氏名)	4	(フリガナ) (氏名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
2	(フリガナ) (氏名)	5	(フリガナ) (氏名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
3	(フリガナ) (氏名)	6	(フリガナ) (氏名)
	ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない

・ICT 情報連携: 居宅とサービス事業所間におけるケアプランデータ連携機能です。  
1 事業所で管理者様や請求ご担当者 1~2 名程度のご登録をお願い致します。

### 備考

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