

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 0000 年 00 月 00 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	カブシキガイシャ カナミックケアサービス 株式会社カナミックケアサービス
	(フリガナ) 代表者名	ダイヒョウトリシマリヤク カナ ミク 代表取締役 可奈 ミク 印
	主たる住所地	〒000-0000 茨城県筑西市丙 000
	電話番号	00-0000-0000

事業所情報	事業所名	カナミックケアサービス
	事業所番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 電話番号 00-0000-0000
	事業所住所	〒000-0000 茨城県筑西市丙 000
	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 checked="" 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) カナ ミク	4	(フリガナ)
	(氏名)		(氏名)
	可奈 ミク		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
2	(フリガナ) チクセイ ハナコ	5	(フリガナ)
	(氏名)		(氏名)
	筑西花子		ICT 情報連携 : 希望する / 希望しない
3	(フリガナ)	6	(フリガナ)
	(氏名)		(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 名程度のご登録でお願い致します。

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