（様式１）

平成　　年　　月　　日

船橋市長　あて

船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システム

使用依頼書

船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システムについて、以下の者が使用することを依頼します。

なお、本システムを使用するにあたっては、使用する全ての者に、船橋市が定める誓約事項を遵守させることを誓約します。

【依頼事由】　新規依頼　・　追加依頼

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関・事業所情報 | （フリガナ） |  |
| 医療機関・事業所名称 |  |
| 医療機関番号 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 介護保険事業所番号 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| （フリガナ） |  |
| 代 表 者 | 印 |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号・ＦＡＸ | TEL: ( ) FAX: ( ) |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |
| （フリガナ） |  |
| システム管理担当者 |  |

**本件に関する問合せ先　担当者　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ**

※代表者やシステム管理担当者が、本システムの使用を希望される場合についても、

お手数ですが次ページ「使用者情報」に必要事項を記載しご提出ください。

※ＩＤ・パスワードは一人ひとり異なったものをお配りします。一つのＩＤ・パスワードを複数人で共有することはできませんので、使用される方全員分を申請してください。

※『コミュニケーションひろば』への参加について

参加を希望しない方を除くすべてのシステム使用者が参加する部屋「コミュニケーション広場」を作成する予定です。「コミュニケーションひろば」は、市からのシステム操作体験会開催などのお知らせや各種申請様式の掲載等の用途で使用します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用者情報**（新規依頼・追加依頼）** | １ | (フリガナ) |  | ( 大・昭・平 ）　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| □『コミュニケーションひろば』への参加に同意する □同意しない（任意） | | | |
| ２ | (フリガナ) |  | ( 大・昭・平 ）　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| □『コミュニケーションひろば』への参加に同意する □同意しない（任意） | | | |
| ３ | (フリガナ) |  | ( 大・昭・平 ）　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| □『コミュニケーションひろば』への参加に同意する □同意しない（任意） | | | |
| ４ | (フリガナ) |  | ( 大・昭・平 ）　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| □『コミュニケーションひろば』への参加に同意する □同意しない（任意） | | | |
| ５ | (フリガナ) |  | ( 大・昭・平 ）　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| □『コミュニケーションひろば』への参加に同意する □同意しない（任意） | | | |
| ６ | (フリガナ) |  | ( 大・昭・平 ）　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| □『コミュニケーションひろば』への参加に同意する □同意しない（任意） | | | |
| ７ | (フリガナ) |  | ( 大・昭・平 ）　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| □『コミュニケーションひろば』への参加に同意する □同意しない（任意） | | | |
| ８ | (フリガナ) |  | ( 大・昭・平 ）　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| □『コミュニケーションひろば』への参加に同意する □同意しない（任意） | | | |
| ９ | (フリガナ) |  | ( 大・昭・平 ）　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| □『コミュニケーションひろば』への参加に同意する □同意しない（任意） | | | |
| １０ | (フリガナ) |  | ( 大・昭・平 ）　年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| □『コミュニケーションひろば』への参加に同意する □同意しない（任意） | | | |