

高岡多職種連携システム参加申込書（一般用）

高岡多職種連携システム参加申込書運用管理規程について合意のうえ、下記の通り、高岡多職種連携システムに参加します。

申込日	令和 年 月 日
フリガナ	
参加施設名	
参加施設長	印
管理責任者 注1	

参加施設情報			
施設の種別 注2			
提供するサービス			
所在地	〒		
電話番号	- -	FAX番号	- -
メールアドレス 注3	@		

注 1 高岡多職種連携システム運用管理規程第 6 条に規程する参加施設管理責任者を記入すること。

2 「歯科医療機関」「調剤薬局」「訪問看護ステーション」「居宅介護支援事業所」「地域包括支援センター」などの名称を記入すること。

3 e-mailでご連絡する内容がありますので、メールアドレスを必ず記入すること。

4 接続する端末は、セキュリティを確保するため、1 台とすること。

5 高岡多職種連携システム利用者届出書（様式 4）、高岡多職種連携システム参加同意書兼誓約書（様式 5）及び高岡多職種連携システム接続機器確認書（様式 6）を添付すること。