

高岡多職種連携システム利用者届出書

参加施設名 _____

管理責任者名 _____

印

No	利用者名	フリガナ	資格 注2	所属部署 注3
例	高岡 太郎	タカオカ タロウ	歯科医師	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

注1 この様式は、様式1又は2又は3の管理責任者が記入すること。

2 「歯科医師」「薬剤師」「訪問看護師」「ケアマネジャー」など有している主な資格を記入すること。

3 施設内に複数の部署がある場合は、所属部署を記入すること。