

送付先  
FAX: 098-860-5667

カナミックネットワーク  
会員専用

## 情報共有システム利用登録依頼書

### カナミックネットワーク会員情報

貴社名	一般社団法人那覇市医師会 生活習慣病検診センター
ご担当者名	
ご連絡先電話番号	098-860-5666
ID 送付先住所	〒900-0034 沖縄県那覇市東町 26 番地 1 号

\*\*\*\*\*情報共有システム ID 発行依頼先情報\*\*\*\*\*

平成 年 月 日

※法人名もご記入ください

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

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種
1	(フリガナ)	職種 ( 医師・看護師・ケアマネジャー・その他: )
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号:
2	(フリガナ)	職種 ( 医師・看護師・ケアマネジャー・その他: )
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号:
3	(フリガナ)	職種 ( 医師・看護師・ケアマネジャー・その他: )
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号:
4	(フリガナ)	職種 ( 医師・看護師・ケアマネジャー・その他: )
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号:
5	(フリガナ)	職種 ( 医師・看護師・ケアマネジャー・その他: )
	(氏 名)	事業所名 :
		事業所番号:

備考 \_\_\_\_\_