

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	野田市福祉部地域包括支援課(地域包括支援センター)
担当者名	在宅医療・介護連携システム担当者
連絡先	TEL 04-7199-2866 FAX 04-7123-1095

*****サービス事業所用 連携 ID 発行先情報*****

ご記入日: 西暦 年 月 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	
	(フリガナ) 代表者名	印
	主たる住所地	〒
	電話番号	

事業所情報	事業所名												
	事業所番号											電話番号	
	事業所住所												
	サービス種類 (予防も含む)	☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 地域包括支援センター ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハ ☐ 夜間対応型訪問介護 ☐ 定期巡回 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハ ☐ 認知通所 ☐ 福祉用具 ☐ 短期入所 ☐ 短期入所(老健) ☐ 小規模多機能 ☐ 看護小規模多機能 ☐ 地域通所 ☐ 総合事業サービス(訪問型) ☐ 総合事業サービス(通所型) ☐ 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)	4	(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
2	(フリガナ)	5	(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
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 名程度のご登録をお願い致します。

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