**チーム登録申請書（事業所用）**

**別紙様式８**

本事業所において、ふくいみまもりSNSを利用し、既に作成済みのチームに追加で参加し、情報共有を行いたいのでチーム登録申請書のとおり申し込みます。

**※本ＳＮＳに新規で参加する場合は別紙様式１ならびに別紙様式２を添えて、提出願います。**

**〈患者名〉**

|  |
| --- |
| (フリガナ)  氏　名　 ：  住　所　 ：  生年月日 ：　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　　性別：　□男性　　□女性 |

**〈事業所情報〉**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所コード  （１０桁） | １ | ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設名 |  | | | | | | | | | |
| 施設の種類 | □医科医療機関　　　　　□歯科医療機関　　　　□保険薬局  □訪問看護ステーション　□居宅介護支援事業所  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 施設住所 | 〒　　―  福井県 | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号：　（　　　　　）　　　　―  ＦＡＸ　：　（　　　　　）　　　　― | | | | | | | | | |
| SNS施設内  管理者名 |  | | | | | | | | | |
| 管理画面  ログイン用  メールアドレス | ※患者の紐づけ等の連絡の際に使用いたします。（管理画面ログイン用メールアドレスと  同様にしてください）  　　　　　　　　　＠ | | | | | | | | | |



（事務局取扱欄）

□届出受理日　：　　　　年　　月　　日　（郵送　・　ＦＡＸ　・　その他）

□チーム登録日：　　　　年　　月　　日

協議会公印

日付　/

事務局責任者

日付　/

事務局受付済み

日付　/