

チーム登録申請書（事業所用）

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： (_____) _____ F A X ： (_____) _____								
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 ・ F A X ・ その他)

☐チーム登録日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

事務局受付済み	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /