様式3

丸亀式 地域包括ケア
医療介護連携クラウドシステム

情報共有システム ID 停止依頼書

丸亀市長 殿

在宅医療・介護に関する多職種連携のための医療介護連携システム利用について、
システムの利用停止を申請します。　　ご記入日　　年　　月　　日

カナミックネットワーク会員情報 情報連携運営者

貴社名	丸亀市
ご担当者名	安藤　和代
ご連絡先電話番号	TEL 0877-24-8933/ FAX 0877-24-8914
依頼書送付先	763-0034 香川県丸亀市大手町二丁目4番21号 丸亀市健康福祉部高齢者支援課　地域包括支援センター

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊情報共有システム ID 発行依頼先情報＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊
※法人の場合は法人名もご記入ください

事業所情報	（フリガナ） 法人名 機関名・ 事業所名			
	（フリガナ） 申請者		（フリガナ） 代表者	印
	住　所	〒		
	電話番号		FAX	
	E-Mail			

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

※介護保険の事業所は、事業所名・事業所番号もご記入ください。

◆ 情報共有システム ID 停止年月日【　　年　　月　　日】

※上記停止年月日が空欄の場合は、即日の停止といたしますので予めご了承ください。

【ご注意】ID 停止年月日の翌日より、情報連携システムに参加することができなくなりますが、
各コミュニティおよびケアレポートには参加しているように見えるため、各コミュニティ
およびケアレポートの参加終了期間を設定してください。

Ver.2016A1