

木曾岬町医療・介護・福祉ネットワーク

「トマッピーネットワーク」参加同意書

トマッピーネットワークを利用するにあたり、目的と利用方法について理解し、利用規約及び個人情報保護法等の関係法令、システム運用管理業務セキュリティポリシーを遵守の上、参加に同意し署名いたします。

平成 年 月 日

木曾岬町医療・介護・福祉ネットワーク協議会 会長 様

住 所

事業所名

代表者名

印

施設管理者

電話番号

F A X 番号