

施設管理者用

在宅医療・福祉統合ネットワーク  
ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク参加同意書

ゆめはまちゃん医療・介護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。

令和 年 月 日

桑名市在宅医療・介護連携支援推進協議会 会長 様

住 所

事業所名

代表者名

印

施設管理者

電話番号

FAX番号