

利用者用

在宅医療・福祉統合ネットワーク
ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク利用者登録申請書

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

施設管理者 様

事業者名

利用者名

印