

「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」

利 用 許 可 申 請 書

令和 年 月 日

一般社団法人 桑名医師会
桑名市在宅医療・介護連携支援推進協議会 会長 様

(申請者)

事業所名 _____

住 所 _____

代表者名 _____ 印

施設管理者 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

桑名市在住の在宅医療患者や高齢者に関する情報等について、桑名市内の医療機関及び地域包括ケアに関する施設・団体との情報連携を図りたく「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」利用許可を申請します。

なお、利用に際しては「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」利用規約を遵守いたします。