

岡崎幸田いえやすネットワーク施設登録申請書

令和 年 月 日

(宛 先)

岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク協議会長

住 所

名 称 (法人名等)

代表者名

印

私は、岡崎幸田いえやすネットワークの利用規約・セキュリティポリシーを遵守し、個人情報保護を図るとともに、従業者の教育、指導、監督及びデータの取扱いについて適正に遂行することを誓約します。

また、利用登録を解除した後も個人情報保護法を遵守することを誓約し、岡崎幸田いえやすネットワークを利用する施設登録を申請します。

施設 情報	施設名称
	住 所
	電話番号
	代表者氏名
施設 責任者	施設責任者名
	連絡先電話番号
	メールアドレス
所属 団体	<input type="checkbox"/> 岡崎市医師会 <input type="checkbox"/> 岡崎歯科医師会 <input type="checkbox"/> 岡崎薬剤師会 <input type="checkbox"/> 岡崎市介護サービス事業者連絡協議会 <input type="checkbox"/> 岡崎市障がい者相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 岡崎市地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 幸田町介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 幸田町地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 岡崎市 <input type="checkbox"/> 幸田町 <input type="checkbox"/> その他協議会で認められた機関又は施設

施設登録した施設情報（名称、住所、電話番号）をポータルサイト（情報共有ページ）に掲載します。

団体確認印