**美祢市医療・介護連携ネットワークシステム「みねっとわーく」登録申請書**

**「みねっとわーく」事務局　御中**

**申込日：令和　　年　　月　　日**

**事業所名**：　　　　　　　　　　　　　　　　**事業所の種類**：

**組織の長の氏名：**

**事業所住所**：〒　　　－

**全スタッフ数**：　　　　　人

**申請者**：**（職種）**　　　　　　 　 　　　　　　（**氏名**）

**TEL**：　　　　　　　　　　　　　　　　　**FAX**：

　下記の【登録者】は、実際に「みねっとわーく」に登録する医療・介護連携に携わる人をご記入ください。

　➢**【登録者】個別のメールアドレスをご記入ください。１人１メールアドレスを記載してください。**

　　・「みねっとわーく」の登録やログインに必要となります。

　　・**施設の代表や医局、部署のメールアドレス等、複数人が現在及び今後共同で使用するメールアドレスでは登録不可です。**

➢【管理者権限】欄には、みねっとわーくに登録する際、管理者権限（利用者登録及び削除等の権限）

を設定する人に○印の記載をお願いします。（1施設または事業所に1名設定可）

➢欄が不足する場合は用紙をコピーして対応してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** |  | **職種** | **メールアドレス** | **管理者権限** |
| **１** |  |  |  |  |
|  |
| **２** |  |  |  |  |
|  |
| **３** |  |  |  |  |
|  |
| **４** |  |  |  |  |
|  |
| **５** |  |  |  |  |
|  |
| **６** |  |  |  |  |
|  |