申込先：名寄市医療介護連携ＩＣＴ事務局（健康福祉部地域包括支援センター）

FAX：01654-9-2089（名寄市地域包括支援センター行）

名寄市医療介護連携ＩＣＴ（ポラリスネットワーク）利用申込書

ポラリスネットワークにおける情報共有の規約に同意し次のとおり申し込みます。

（太枠内を記入してください）

申込日	令和　　年　　月　　日	申込区分	新規　・　変更　・　中止
法人住所			
法人名			
代表者名			
施設名			