申込先：名寄市在宅医療・介護連携支援センター（委託先：医療法人臨生会）

FAX：01654-8-9747　または　e-mail：ikairenkei.nayoro@rinsei.sakura.ne.jp

名寄市医療介護連携ＩＣＴ利用申込書

名寄市医療介護連携ICT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			