

管理者登録届け出書

令和 年 月 日

① 医療機関情報 ※法人の場合は法人名もご記入ください

(フリガナ)	イリョウハウジン●●カイ ●●クリニック
医療機関・事業所名 (法人名等)	医療法人●●会 ●●クリニック
(フリガナ)	センダイ イチタロウ
管理者名・職種	川内 一太郎 印 (職種) 医師
住所	〒895-0076 薩摩川内市大小路町●●—●●
電話番号	△△-△△△△
担当者 (アカウント管理をする方)	川内花子 (部署) 地域連携室
所属機関アカウント	記入不要

- (お願い)
- ・ 担当者の欄には、院内におけるアカウント発行や管理、在宅医療支援センターへの実績報告を主として行なう方の氏名をご記入ください。
 - ・ アカウント/パスワード発行後、コピーをお渡しします。パスワードは定期的に変更をお願いします。
 - ・ 所属機関アカウントの発行が出来次第、院内スタッフアカウントの発行が可能となります。

記入後、下記まで郵送またはご持参ください。

〒895-0076 薩摩川内市大小路町 70-26
川内市医師会在宅医療支援センター宛
TEL：0996-22-4021（担当：田中・森園）