

射水市多職種連携支援システム利用開始届

＜申請者＞ 令和 年 月 日

施設名			
担当（申請）者名		職種	

＜システムを利用する在宅療養者＞

ふりがな			
氏 名			
生年月日	T・S・	年	月 日
住 所	射水市		

＜連携施設・担当者名＞

	施設名	担当者名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

※既にシステム利用が可能な施設及び担当者は、システム内の「射水市運用」の部屋の参加者です。
 システムの利用を開始していない施設があれば、利用をお勧めください。

＜システムの利用中止＞ 申請日 年 月 日

中止理由	死亡（※在宅で看取りをした場合はチェック → <input type="checkbox"/> ） 長期入院 ・ 施設入所 ・ 転居 他 （ ）
------	--

提出先

射水市地域福祉課
 〒939-0294 射水市新開発 410 番地 1 TEL 0766-51-6625 FAX 0766-51-6657
 ＊提出はFAXでも可能ですが、送信間違いのないようご注意ください。
 ＊連携施設の変更があった場合は、裏面を記入し提出してください。

システム利用の変更申請

<申請者>

施設名			
担当（申請）者名		職種	

<システムを利用する在宅療養者>

--

<連携施設・担当者の変更>

申請日 年 月 日

	施設名	担当者名	変更項目
1			追加・削除
2			追加・削除
3			追加・削除

<連携施設・担当者の変更>

申請日 年 月 日

	施設名	担当者名	変更項目
1			追加・削除
2			追加・削除
3			追加・削除

<連携施設・担当者の変更>

申請日 年 月 日

	施設名	担当者名	変更項目
1			追加・削除
2			追加・削除
3			追加・削除