

「阪急阪神みなとわ」地域包括ケア支援サービス 法人利用者登録 申請書

「阪急阪神みなとわ」地域包括ケア支援サービス利用約款 (以下「本約款」という) 第6条第2項の定めに従い、「阪急阪神みなとわ」地域包括ケア支援サービス (以下「本サービス」という) の法人利用者の登録申請をします。

| | | | |
|---------|--|-----------------|-----|
| 法人名 | | 利用機関名 (事業所名) | |
| 利用機関管理者 | | 電話番号 | - - |

次の注意事項をよくお読みいただき、ご記入ください。

- ※ 本サービスをご利用いただくには、法人利用申請者ごとに氏名/職種/電話番号/メールアドレスの全ての情報が必要です。
- ※ 記載いただいた法人利用申請者の情報は、本サービス提供のためにのみ利用し、本サービス提供者側以外の第三者に開示しません。ただし、氏名/所属事業所名/職種/電話番号は、本サービスの中で連絡先として登録され、多職種内(グループ内の他利用機関のメンバー)に公開されますのでご注意ください。
- ※ メールアドレスを記載いただくにあたっては、「.」(ドット) や、「-」(ハイフン) と「_」(アンダーバー)、「0」(ゼロ)「o」(オー) など見分けにくい文字などはフリガナをご記入ください。メールアドレスがわかるもの(名刺等)を同封いただいても結構です。
- ※ 本サービス事務局(no-reply@minatowa.com)からのメール(HTML形式)が受信できるよう設定をお願いします。

● 代表法人利用者(代表ユーザ) ※様式第1号の申請内容から変更がある場合のみ、ご記入ください。

| | | | | |
|------------|---|------|-----|----|
| フリガナ 氏名 | | 電話番号 | - - | 職種 |
| メールアドレス | @ | | | |

※代表法人利用者は、利用機関内の他の法人利用者の登録・入力内容を閲覧できます。

● 法人利用者

| | | | | | |
|---|------------|---|------|-----|----|
| 1 | フリガナ 氏名 | | 電話番号 | - - | 職種 |
| | メールアドレス | @ | | | |
| 2 | フリガナ 氏名 | | 電話番号 | - - | 職種 |
| | メールアドレス | @ | | | |
| 3 | フリガナ 氏名 | | 電話番号 | - - | 職種 |
| | メールアドレス | @ | | | |

職種は下の①～⑳よりお選びください。(番号を記載してください)
該当するものがない場合は、職種の欄に直接「」記載ください。

職種

- ①ケアマネジャー管理者 ②ケアマネジャー ③訪問介護管理者 ④訪問介護担当者 ⑤通所介護管理者 ⑥通所介護担当者 ⑦通所介護看護師 ⑧介護サービス管理者 ⑨介護サービス担当者 ⑩介護サービス看護師 ⑪訪問看護師 ⑫リハビリ(訪問) ⑬リハビリ(通所) ⑭リハビリ(病院等) ⑮訪問マッサージ ⑯医師 ⑰歯科医 ⑱薬剤師 ⑲医療サービススタッフ ⑳看護師 ㉑地域連携室 ㉒施設サービス管理者 ㉓施設サービス担当者 ㉔福祉サービス管理者 ㉕福祉サービス担当者 ㉖管理栄養士 ㉗各種サービススタッフ

次の注意事項をよくお読みいただき、ご記入ください。

※ 記入欄が足りない場合は、コピーをしてご利用ください。

※ 本サービスをご利用いただくには、法人利用申請者ごとに氏名／職種／電話番号／メールアドレスの全ての情報が必要です。

※ 記載いただいた法人利用申請者の情報は、本サービス提供のためにのみ利用し、本サービス提供者側以外の第三者に開示しません。ただし、氏名／所属事業所名／職種／電話番号は、本サービスの中で連絡先として登録され、多職種内（グループ内の他利用機関のメンバー）に公開されますのでご注意ください。

※ メールアドレスを記載いただくにあたっては、「.」（ドット）や、「-」（ハイフン）と「_」（アンダーバー）、「0」（ゼロ）「o」（オー）など見分けにくい文字などはフリガナをご記入ください。メールアドレスがわかるもの（名刺等）を同封いただいても結構です。

※ 本サービス事務局(no-reply@minatowa.com)からのメール（HTML形式）が受信できるよう設定をお願いします。

| | | | | | |
|----|------------|-------|------|-----|----|
| 4 | ふりがな 氏名 | ----- | 電話番号 | - - | 職種 |
| | メールアドレス | @ | | | |
| 5 | ふりがな 氏名 | ----- | 電話番号 | - - | 職種 |
| | メールアドレス | @ | | | |
| 6 | ふりがな 氏名 | ----- | 電話番号 | - - | 職種 |
| | メールアドレス | @ | | | |
| 7 | ふりがな 氏名 | ----- | 電話番号 | - - | 職種 |
| | メールアドレス | @ | | | |
| 8 | ふりがな 氏名 | ----- | 電話番号 | - - | 職種 |
| | メールアドレス | @ | | | |
| 9 | ふりがな 氏名 | ----- | 電話番号 | - - | 職種 |
| | メールアドレス | @ | | | |
| 10 | ふりがな 氏名 | ----- | 電話番号 | - - | 職種 |
| | メールアドレス | @ | | | |

職種は下の①～⑳よりお選びください。（番号を記載してください）
該当するものがない場合は、職種の欄に直接ご記載ください。



職種

①ケアマネジャー管理者 ②ケアマネジャー ③訪問介護管理者 ④訪問介護担当者 ⑤通所介護管理者 ⑥通所介護担当者 ⑦通所介護看護師 ⑧介護サービス管理者 ⑨介護サービス担当者 ⑩介護サービス看護師 ⑪訪問看護師 ⑫リハビリ（訪問） ⑬リハビリ（通所） ⑭リハビリ（病院等） ⑮訪問マッサージ ⑯医師 ⑰歯科医 ⑱薬剤師 ⑲医療サービススタッフ ⑳看護師 ㉑地域連携室 ㉒施設サービス管理者 ㉓施設サービス担当者 ㉔福祉サービス管理者 ㉕福祉サービス担当者 ㉖管理栄養士 ㉗各種サービススタッフ