

様式第1号(第9条関係)

・介護・福祉施設は「介護・福祉関係施設推薦書」(様式第1号の2)、「利用者登録申請書」(様式4号)、「操作研修受講確認書」(様式第13号)、「三重医療安心ネットワーク参加申請書」を提出してください。

## 「四日市市医療と介護・福祉関係者の情報システム」 利用施設申込書兼誓約書

●●年 ●月 ●日

「四日市市医療と介護・福祉関係者の情報共有システム」の趣旨・内容を理解したうえで、同システムを利用したいので申し込みます。

フリガナ 施設名	マルマルジギョウシヨ ●●事業所	代表者
フリガナ 施設長名	ヨツカイチ タロウ 四日市 太郎	印
事業者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他( )	
所在地	(〒510-8601) 四日市市諏訪町1-5	
代表電話	059-354-8281	
紹介医療機関名	●●病院	
<input checked="" type="checkbox"/> 利用にあたっては、「四日市市医療と介護・福祉関係者の情報共有システム運用要綱」を遵守します。		
<input checked="" type="checkbox"/> SSL 電子証明書の管理は厳重に行い、端末のセキュリティ対策(ウイルス対策ソフトのインストール、OSのアップデート等)に万全を期することを約束します。		
<input checked="" type="checkbox"/> 日本電気株式会社(NEC)の提供する「ID-Link 利用約款」に同意し、運用責任者が「ID-Link 契約申込書」を代理に申請することを承諾します。		

利用 責任 者	所属部署	●●部
	氏名	四日市 花子
	電話番号	059-354-8281
	FAX番号	059-359-0288

以下 運用責任者 記入欄

上記のとおり承認する。

年 月 日

受理日	年 月 日
整理番号	
担当	
SEC 郵送日	年 月 日

運用責任者		運用担当者		担当者
医師会	市	医師会	市	

四日市市 健康福祉部保健企画課  
〒510-0085 四日市市諏訪町2-2  
Tel.059-354-8281 Fax059-351-3304  
Email hokenkikaku@city.yokkaichi.mie.jp  
受付 8:30~17:15 月~金(祝日除く)