

Team 利用・連携申込書（施設・事業所用）

当施設は「[酒田市] 地域包括×健康増進×医療介護連携 DX事業」における情報共有の規約に同意し、Team の利用（新規・中止）を申し込みます。

また、Team により連携したい施設・事業所について申請します。

※Team のユーザ ID（アカウント）1 つ毎に申込書を事務局へ提出してください。（例：施設内で 2 つの ID を使用したい場合は申込書を 2 通提出）「施設・事業所名」が Team 上のユーザー名になります。

申請日	令和	年	月	日															
ふりがな																			
施設・事業所名																			
住所	〒																		
電話番号	-	-	FAX 番号	- -															
メールアドレス																			
施設・事業所種別	<p>※該当する番号を○で囲んでください。</p> <table border="0"> <tr> <td>1. 診療所</td> <td>2. 病院</td> <td>3. 居宅介護支援</td> </tr> <tr> <td>4. 地域包括支援センター</td> <td>5. 訪問看護</td> <td>6. 訪問介護（ヘルパー）</td> </tr> <tr> <td>7. 訪問リハビリテーション</td> <td>8. デイサービス・デイケア</td> <td>9. ショートステイ</td> </tr> <tr> <td>10. 小規模多機能型居宅介護</td> <td>11. グループホーム</td> <td>12. 特別養護老人ホーム</td> </tr> <tr> <td>13. 介護老人保健施設</td> <td>14. 上記以外の事業所</td> <td></td> </tr> </table>				1. 診療所	2. 病院	3. 居宅介護支援	4. 地域包括支援センター	5. 訪問看護	6. 訪問介護（ヘルパー）	7. 訪問リハビリテーション	8. デイサービス・デイケア	9. ショートステイ	10. 小規模多機能型居宅介護	11. グループホーム	12. 特別養護老人ホーム	13. 介護老人保健施設	14. 上記以外の事業所	
1. 診療所	2. 病院	3. 居宅介護支援																	
4. 地域包括支援センター	5. 訪問看護	6. 訪問介護（ヘルパー）																	
7. 訪問リハビリテーション	8. デイサービス・デイケア	9. ショートステイ																	
10. 小規模多機能型居宅介護	11. グループホーム	12. 特別養護老人ホーム																	
13. 介護老人保健施設	14. 上記以外の事業所																		

【 利用申込 】

申込区分	新規・中止
------	-------

【 連携したい施設・事業所 】

※正しい施設・事業所名を記入してください。利用中止の場合は記入不要です。

こちらに記入いただく施設・事業所間では、施設・事業所の情報のやり取りをするもので、利用者個人の情報のやり取りはできません。

施設・事業所名		登録・削除
		登録・削除
		登録・削除
		登録・削除
		登録・削除
		登録・削除

※事務局へ FAX またはメールで送信し、原本は施設・事業所で保管をお願いします。

送信者氏名	電話番号	-	-
-------	------	---	---

<送付先>

【事務局】酒田市 在宅医療・介護連携支援室 ポンテ
 (Team 担当) 病院改革推進室
 TEL : 0234-26-2001 (代表)
 FAX : 0234-26-5112 (ちょうかいネットと同じ番号です。)
 ※FAX 受付時間：平日 8 : 30~17 : 00
 E-mail : team@nihonkai-hos.jp

【事務局記入欄】

受付日	確認	登録