

富士宮市介護保険被保険者情報提供事業者等登録申請書（新規・変更）

富士宮市長 様

令和 年 月 日

請求者種別	1 居宅介護支援事業者等 2 主治医 3 地域包括支援センター
	4 医療機関相談員 5 民生委員

該当するところに○をつけてください

申請者	住所・所在	
	氏名・名称	事業所等の住所・名称・電話番号をご記入ください
	電話番号	※メールアドレスは任意です
	メールアドレス	

介護支援専門員・相談員 または医師氏名	氏名 (フリガナ)	問い合わせをする介護支援専門員等の氏名をご記入ください

下記誓約事項に違反した場合には、利用登録を取り消されることに同意します。

【誓約事項】

- 下記請求目的以外には使用しません。
- 情報漏洩の防止等、事故がないよう適切な管理措置を講じます。
- 取扱者は、請求目的に適合した最小限の範囲に限定します。
- 第三者への再提供はしません。
- 下記請求目的達成後には、シュレッダー、焼却等の手段により速やかに消去します。
- 登録内容に変更があった場合には、速やかに登録内容の変更を行います。
- かつて事業所職員であった者が、進捗システムを悪用することがないように措置を講じます。

誓約事項を確認いただき、代表してお一人ご署名ください。

署名 _____

- 請求目的
- ケアマネージメント・ケアプラン作成のため
 - 主治医意見書作成のため
 - その他（

該当するところに○をつけてください

処理欄

令和 年 月 日

課長	係長	係員	担当者

上記申請について、「富士宮市介護保険被保険者情報提供事業者等登録簿」に登録してよろしいか伺います。