

浦安市在宅医療・介護情報共有システム利用申請及び誓約書

（宛先）浦安市長

在宅医療・介護情報共有システムの利用について、「浦安市在宅医療・介護情報共有システム利用規約」を遵守いたしますので、下記内容の通り申請します。

（遵守する場合は✓を入れてください。）

<input type="checkbox"/>	遵守します
--------------------------	-------

1. システム管理担当者

システム利用者に対し、個人情報の適切な取扱いについて周知・監督する「システム管理担当者(利用規約第12条に役割の記載あり)」を所属機関ごとに選任してください。

システム管理担当者名	
------------	--

2. 市からシステムに関する連絡事項を受け取るメールアドレス

メールアドレス		担当者	上記システム管理担当者と異なる場合は記載
---------	--	-----	----------------------

3. 使用する端末について

使用する端末の種類に✓をつけてください。

使用する端末は事業所所有の端末とし、私的端末は原則不可。

私的端末を使う必要がある場合は、浦安市高齢者包括支援課にご相談ください。

パソコン	<input type="checkbox"/>	【電子証明書受け取りアドレス】 ※メールアドレスは、Google (@gmail.com) またはYahoo (@yahoo.co.jp) でお願ひします。パソコンのみの場合は上記2のアドレスに送付するため記入不要。
タブレット スマートフォン	<input type="checkbox"/>	

4. ID及びパスワード

ID及びパスワードの申請は、施設名または、施設名及び個人名としてください。

ID及びパスワードの申請に際し、以下の点について遵守ください。内容を確認して✓を入れてください。

<input type="checkbox"/>	退職者が出た際は、施設で必ずパスワードを変更します。
<input type="checkbox"/>	施設においてシステム利用者の管理を行います。
<input type="checkbox"/>	記事を投稿した際に、投稿主を明確化するために氏名を記載します。

5. 浦安市以外で発行されたカナミックシステムのIDを持っていますか。

どちらかに✓をつけてください。

なし	<input type="checkbox"/>
あり	<input type="checkbox"/>

カナミックネットワーク会員情報

法人・部署名	浦安市福祉部高齢者包括支援課
担当者名	在宅医療・介護連携システム担当者
連絡先	TEL 047-712-6389

\*\*\*\*\*サービス事業所用 連携ID発行先情報\*\*\*\*\*  
ご記入日：西暦 年 月 日

※以下の情報をご記入ください。

法人情報	(フリガナ)	
	法人名	
	(フリガナ)	
	代表者名	
	主たる住所地	〒
	電話番号 例：047-000-0000	

事業所情報	事業所名				
	事業所番号		電話番号 例：047-000-0000		
	事業所住所	〒			
	サービス種類 (予防も含む)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		
		<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
		<input type="checkbox"/> 定期巡回	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハ	<input type="checkbox"/> 認知通所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 短期入所
		<input type="checkbox"/> 短期入所(老健)	<input type="checkbox"/> 小規模多機能	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能	<input type="checkbox"/> 地域通所
<input type="checkbox"/> 総合事業サービス(訪問型)		<input type="checkbox"/> 総合事業サービス(通所型)			
<input type="checkbox"/> 上記にないサービス		( )			

No.	(フリガナ) システム利用者情報	No.	(フリガナ) システム利用者情報
1	(フリガナ)	4	(フリガナ)
	ICT情報連携：希望する/希望しない		ICT情報連携：希望する/希望しない
2	(フリガナ)	5	(フリガナ)
	ICT情報連携：希望する/希望しない		ICT情報連携：希望する/希望しない
3	(フリガナ)	6	(フリガナ)
	ICT情報連携：希望する/希望しない		ICT情報連携：希望する/希望しない

ID/PWを受け取る住所

※ICT情報連携は、システム内の機能です。事業所のIDに権限を付与しますので、事業所のIDのみ「希望する」に○を付けてください。

備考

カナミック使用菌

- 事業所登録
 スタッフ登録
 PKI認証(個人)
 利用者コミュニティ:一般
 ICT情報連携
 事業所管理設定

カナミックネットワーク会員情報

法人・部署名	浦安市福祉部高齢者包括支援課
担当者名	在宅医療・介護連携システム担当者
連絡先	TEL 047-712-6389

\*\*\*\*\*サービス事業所用 連携ID発行先情報\*\*\*\*\*  
ご記入日：西暦 年 月 日

※以下の情報をご記入ください。

法人情報	(フリガナ)	
	法人名	
	(フリガナ)	
	代表者名	
	主たる住所地	〒
	電話番号 例：047-000-0000	

事業所情報	事業所名				
	事業所番号		電話番号 例：047-000-0000		
	事業所住所	〒			
	サービス種類 (予防も含む)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		
		<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
		<input type="checkbox"/> 定期巡回	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハ	<input type="checkbox"/> 認知通所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 短期入所
		<input type="checkbox"/> 短期入所(老健)	<input type="checkbox"/> 小規模多機能	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能	<input type="checkbox"/> 地域通所
<input type="checkbox"/> 総合事業サービス(訪問型)		<input type="checkbox"/> 総合事業サービス(通所型)			
<input type="checkbox"/> 上記にないサービス		( )			

No.	(フリガナ) システム利用者情報	No.	(フリガナ) システム利用者情報
1	(フリガナ)	4	(フリガナ)
	ICT情報連携：希望する/希望しない		ICT情報連携：希望する/希望しない
2	(フリガナ)	5	(フリガナ)
	ICT情報連携：希望する/希望しない		ICT情報連携：希望する/希望しない
3	(フリガナ)	6	(フリガナ)
	ICT情報連携：希望する/希望しない		ICT情報連携：希望する/希望しない

ID/PWを受け取る住所

※ICT情報連携は、システム内の機能です。事業所のIDに権限を付与しますので、事業所のIDのみ「希望する」に○を付けてください。

備考

カナミック使用菌

- 事業所登録
 スタッフ登録
 PKI認証(個人)
 利用者コミュニティ:一般
 ICT情報連携
 事業所管理設定