

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 D×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	※該当する種別に✓を記入してください。 ☐ 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）に✓を記入してください。

申込区分	☐ 新規	☐ 中止
------	-----------------------------	-----------------------------

【連携したい施設・事業所】

※酒田市HP掲載の「参加施設・事業所一覧」から正しい施設・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。

※「登録」、「削除」に✓を記入してください。

	種別	施設・事業所名	登録・削除
施設・事業所情報	(例) 2.病院	4 日本海総合病院	☒ 登録 ☐ 削除
			☐ 登録 ☐ 削除
			☐ 登録 ☐ 削除
			☐ 登録 ☐ 削除
			☐ 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：0234-25-3640（直通）

FAX：0234-26-5112 ※ FAX受付時間：平日8：30～17：00

E-mail：team@nihonkai-hos.jp

【事務局記載欄】

受付日	登録