

「日南市在宅医療介護情報共有システム（Net4U）」参加申請書

申請日：令和____年____月____日

事業所名_____

住 所_____

以下のとおり、日南市在宅医療・介護情報共有システムへの参加を申請します。

○担当責任者

所属_____ 役職_____

氏名_____

担当者連絡TEL_____

担当者連絡メールアドレス_____

○ 施設管理責任者

役職_____

氏名_____

《費用について》

■初期設定・導入費用 無 料_____

・システム会社が事業所にお電話し、設定および操作説明をいたします。

■サービス利用料 月額1, 100円（税込）_____

・システム導入日の翌々月から費用が発生します。

・年度一括払いとなり、システム会社より直接ご請求いたします。

《お問い合わせ・参加申請書提出先》

日南市健康福祉部長寿課高齢者あんしん係（担当：石那田）

TEL 0987-31-1162

FAX 0987-21-1410