

「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 _____

・システム会社から直接事業所にご連絡し、設定および操作説明を行います。

■サービス利用料： 月 額 1, 6 5 0 円 (税込) _____

※100床以上の病院は 月額4, 9 5 0 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：福田)

TEL 0987-31-1162

FAX 0987-21-1410