

# 在宅療養・ケア支援システム（ケアキャビネット）

## 介護認定情報連携機能 利用申込書

年 月 日

一般社団法人 医療ネットワーク岡山協議会  
会 長 殿

貴協議会の晴れやかネット 在宅療養・ケア支援システム（ケアキャビネット）の介護認定情報連携機能の利用を申し込みます。

介護認定情報連携機能の利用に際し、月額 5000 円の追加会費徴収について了承します。

### 【利用申込者】

団体名			
所在地	〒	-	
代表者	印		

### 【ご担当者連絡先】

所属			
氏名			
TEL		FAX	
メールアドレス			

晴れやかネット事務局 受理日：