

# ナラティブブック秋田 施設利用申込・変更・取り止め届

## 一般社団法人秋田県医師会殿

当施設は、一般社団法人秋田県医師会が運営する在宅医療・介護ICT連携システム（通称：ナラティブブック秋田）（以下「本システム」といいます）について、一般社団法人秋田県医師会が定める「秋田県医師会「ナラティブブック秋田」運用管理規約」に同意致しました。

## クロスケアフィールド株式会社殿

当施設は、一般社団法人秋田県医師会が本システムの運営をクロスケアフィールド株式会社に委託することを承諾した上で、クロスケアフィールド株式会社が定める「ナラティブブックシステム利用規約」の内容に同意いたしました。下記のとおり本システムの利用を申し込みます。

※太枠内の項目をすべてご記入ください。

※本書類は、各都市医師会に設置されたナラティブブック秋田運営支部会の窓口にご提出ください。

申込日	(西暦) 年 月 日	
申込区分	( ) 新規 ・ ( ) 変更 ・ ( ) 取り止め	
フリガナ 施設／事業所 名称  代表者	印	
施設／事業所 略称 (20文字以内)		
施設／事業所 所在地	〒	
本社所在地	<input type="checkbox"/> 施設／事業所の所在地と同じ（同じ場合は、チェックのみで結構です） 〒	
電話番号		
e-mail		
業種・事業内容	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 看護関連施設 <input type="checkbox"/> 薬局関連施設 <input type="checkbox"/> 福祉・介護関連施設 <input type="checkbox"/> 公共機関 <input type="checkbox"/> その他の事業所（ 実施主体 ）	
保険医療機関番号／ 介護事業者番号	(無い場合は省略可)	
申込者 (管理者)	フリガナ 氏名	印
	電話番号	
	e-mail	
備考		

【一般社団法人秋田県医師会 事務局取扱欄】\*\*\*\*\*

支部会 受理日： (西暦) 年 月 日

秋田県医師会 受理日： (西暦) 年 月 日

支部会	運営委員会	

※ 委託先記載欄		受理番号（施設ID）		
システム 管理者	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 非承認	監査 責任者	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 非承認	※非承認理由