様式第10号（第12条関係）

年 月 日

福岡市在宅連携支援システム事業責任者 様

所在地

法人名称

(ふりがな)

代表者名

福岡市在宅連携支援システム利用者ID等復旧依頼書

福岡市在宅連携支援システムの利用について、福岡市在宅連携支援システム運用要領第12条第4項の規定により、下記のとおり利用者ID・パスワードの復旧を依頼します。

記

利用組織名 又は市民利用者氏名：

介護事業所番号・医療機関番号

　又は　支援対象者の介護保険被保険者番号 ：

組織管理者名　　　　　　　　 ：

※市民利用者の場合は組織管理者名の記載は不要です。

（復旧が必要な理由）

|  |
| --- |
|  |