

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)

--