|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請日** | 令和　　　年　　　月　　　日 | **申請者名** |  |
| **事業者名** |  | | |
| **住　所** | **〒**  **那覇市** | | |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  |
| ※該当するものに☑（チェック）を付けてください。  **種　　　　別** | **《 病院・診療所 》**  病院　　　　　病院（在宅）　　　　　診療所　　　　　診療所（在宅）  **《 歯科診療 》　　　　　　　　　　 《 薬局 》**  歯科　　　　　　訪問歯科 保険調剤薬局　　 　保険調剤薬局（在宅）  **《 居宅（通所系・訪問系）サービス 》**  訪問看護ステーション 　 訪問リハビリテーション  訪問介護事業所（ヘルパーステーション）  訪問入浴　　　　　　　　　　 　　 　看護小規模多機能型居宅介護（旧複合型サービス）  定期巡回・随時対応型訪問介護看護  通所リハビリテーション（デイケア）　 通所介護（デイサービス）  認知症対応型通所介護 　　 重度認知症患者デイケア  小規模多機能型居宅介護  **《 施設系サービス 》**  介護老人福祉施設（特養）　　　　　　 介護老人保健施設（老健）  介護医療院　　　　　　 　　　　　　 グループホーム  介護付き有料老人ホーム 　 有料老人ホーム  サービス付き高齢者住宅 その他（入所施設、ショートステイなど）  **《 介護に関する相談窓口 》**  居宅介護支援事業所 地域包括支援センター  福祉用具貸与 | | |
| **◆申請理由をご記入下さい。** | | | |
| **◆どのようにして『 医療・介護おたすけマップ 』をお知りになりましたか。** | | | |

**※新規登録申請書をご記入しましたら、下記までFAX（ 098-860-5667 ）または郵送をお願い致します。**

**申請書の提出後、ちゅいしーじー那覇より数日中にIDを郵送いたしますので、詳細情報の入力をお願い致します。**

**【 申請先 】**〒900-0034

那覇市東町２６番１号（那覇市医師会・２階 生活習慣病検診センター内）

**那覇市在宅医療・介護連携支援センター　ちゅいしーじー那覇**

TEL：098-860-5666　　FAX：098-860-5667

ご不明な点等ございましたら、

右記までお問い合わせください。