|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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。