

様式第1号（第3条関係）

レインボーネット医療・介護資源マップ利用申請書

年 月 日

(宛先)

長 様

(申請者)

住 所

事業所名

代表者氏名

レインボーネット医療・介護資源マップを利用したいので、次のとおり申し込みます。

申請者	事業所名 代 表 者
管理者	
連絡先	電 話 メールアドレス
種 別	
開始年月日	年 月 日
ユーザーID パスワード	*事務局記入欄
備 考	

様式第2号（第7条関係）

レインボーネット医療・介護資源マップ利用廃止届

年 月 日

（宛先）

長 様

（申請者）

住 所

事業所名

代表者氏名

レインボーネット医療・介護資源マップの利用を廃止したいので、下記のとおり届出します。

記

廃止理由