

様式第 13 号 (第 10 条関係)

・当該利用施設の利用責任者から利用者が研修を受けた場合は本書類を、ご提出ください。

「四日市市医療と介護・福祉関係者の情報システム」 操作研修受講確認書

●●年●月●日

利用責任者の監督下において、操作研修を実施したので操作研修受講確認書を提出します。

施設名	●●事業所
利用責任者 (自署)	四日市 太郎
実施日	令和 ●●年 ●月 ●日
研修内容	・セキュリティに関する事項

利用責任者は本市が実施する研修会に参加した方。

印

受講者名は、利用責任者により実施された研修会参加者も可。

受講者名 (自署)	四日市 一郎
受講者名 (自署)	四日市 二郎
受講者名 (自署)	四日市 三郎
受講者名 (自署)	
受講者名 (自署)	
受講者名 (自署)	
受講者名 (自署)	

以下 運用責任者 記入欄

上記のとおり確認した。

年 月 日

受理日	年 月 日
整理番号	
担当	

運用責任者		運用担当者		担当者
医師会	市	医師会	市	

四日市市 健康福祉部保健企画課
〒510-0085 四日市市諏訪町 2-2
Tel.059-354-8281 Fax059-351-3304
Email hokenkikaku@city.yokkaichi.mie.jp
受付 8:30~17:15 月~金(祝日除く)