

佐渡地域医療連携ネットワーク 施設情報変更申請書

佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会 殿

佐渡地域医療連携ネットワーク(さどひまわりネット)の施設情報変更を申請致します。

※ (*)は記載必須項目

※「医療機関番号」について、「医科」「歯科」の二科を有する場合は二科とも記載ください。

申請日 令和 年 月 日

(1)施設情報欄		
変更前 (現在)	施設名(*)	
変更後	施設名(*)	フリガナ:.....
	代表者氏名(*)	
	住所(*)	〒..... 新潟県
	電話番号 1 (*)	()
	電話番号 2	()
	FAX 番号(*)	()
	医療機関番号 (*)	医科
	歯科	
	薬局	

(2)介護系施設の介護サービス別施設情報変更欄	
区分(*)	新規登録・変更・削除 (○をつけてください)
システム登録 施設名 1 (*)	フリガナ:..... (変更前:)
区分(*)	新規登録・変更・削除 (○をつけてください)
システム登録 施設名 2 (*)	フリガナ:..... (変更前:)
区分(*)	新規登録・変更・削除 (○をつけてください)
システム登録 施設名 3 (*)	フリガナ:..... (変更前:)

本書をコピーしたものを控えとして施設で管理し、本書を佐渡地域医療連携推進協議会に送付ください。

(事務局取扱欄)

- 施設情報変更申請書受理日 : 令和 年 月 日
- 施設情報変更完了日 : 令和 年 月 日
- 施設情報変更申請完了通知書送付 : 令和 年 月 日

記入例

佐渡地域医療連携ネットワーク 施設情報変更申請書

佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会 殿

佐渡地域医療連携ネットワーク(さどひまわりネット)の施設情報変更を申請致します。

※ (*)は記載必須項目

※「医療機関番号」について、「医科」「歯科」の二科を有する場合は二科とも記載ください。

申請日 令和 4 年 2 月 1 日

(1) 施設情報欄		
変更前 (現在)	施設名(*)	トキ介護施設
変更後	施設名(*)	フリガナ: <u>カイゴシセツキノサト</u> 介護施設トキの里
	代表者氏名(*)	佐渡 太郎
	住所(*)	〒 <u>952 - ××××</u> 新潟県 佐渡市 ×××××××× ×××-×××
	電話番号 1(*)	0259 (××) ××××
	電話番号 2	()
	FAX 番号(*)	0259 (××) ××××
	医療機関番号 (*)	医科
歯科		
薬局		

(2) 介護系施設の介護サービス別施設情報変更欄	
区分(*)	新規登録・ 変更 ・削除 (○をつけてください)
システム登録 施設名 1(*)	フリガナ: <u>デイサービストキ</u> デイサービスとき (変更前: 介護施設トキ(通所))
区分(*)	新規登録・変更・ 削除 (○をつけてください)
システム登録 施設名 2(*)	フリガナ: <u>キョタクカイゴシエンジギョウショトキ</u> 介護施設トキ(居宅介護) (変更前:)
区分(*)	新規登録・変更・削除 (○をつけてください)
システム登録 施設名 3(*)	フリガナ: (変更前:)

本書をコピーしたものを控えとして施設で管理し、本書を佐渡地域医療連携推進協議会に送付ください。

(事務局取扱欄)

- 施設情報変更申請書受理日 : 令和 年 月 日
- 施設情報変更完了日 : 令和 年 月 日
- 施設情報変更申請完了通知書送付 : 令和 年 月 日