

記入例

佐渡地域医療連携ネットワーク 施設参加申請書

特定非営利活動法人 佐渡地域医療連携推進協議会 殿

佐渡地域医療連携ネットワーク(さどひまわりネット)への施設参加を申請致します。

※ (*)は記載必須

※「医療機関番号」について、「医科」「歯科」の二科を有する場合は2科とも記載ください。

(1) 施設情報欄			
申請日(*)	令和 1年 5月 1日		
施設名(*)	フリガナ: カイゴシセツトキ 介護施設トキ		
代表者氏名(*)	佐渡 太郎		
施設区分(*)	1. 病院 2. 医科診療所 3. 歯科診療所 4. 薬局 5. 介護福祉施設 6. その他		
住所(*)	〒 952 - ×××× 新潟県佐渡市 ×××××××× ×××-×××		
電話番号 1 (*)	0259 (×× - ××××)		
電話番号 2	0259 (-)		
FAX 番号	0259 (×× - ××××)		
医療機関番号 (*)	医科		
	歯科		
	薬局		
施設管理者(*) (1名以上 記入 してください)	フリガナ サド	フリガナ ジロウ	性別
	姓 佐渡	名 二郎	1. 男性 2. 女性
	職種: 介護支援専門員	所属部署(*) : 管理課	
	フリガナ サド	フリガナ サブロウ	性別
姓 佐渡	名 三郎	1. 男性 2. 女性	
職種: 社会福祉士	所属部署(*) : 管理課		

(2) 介護系施設の介護サービス別施設情報欄	
介護福祉施設で介護サービス別に施設を登録する場合は記入してください 各施設の施設管理者は上記の方になります。施設毎に別の施設管理者を登録する場合は、本欄を使用せず施設毎に本申請書(施設情報欄)を記載してください。	
システム登録 施設名 1 (*)	フリガナ: カイゴシセツトキ (ニューショ) 介護施設トキ (入所)
システム登録 施設名 2 (*)	フリガナ: カイゴシセツトキ (ツウショ) 介護施設トキ (通所)
システム登録 施設名 3 (*)	フリガナ: カイゴシセツトキ (キョタクカイゴ) 介護施設トキ (居宅介護)

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