特定非営利活動法人 佐渡地域医療連携推進協議会

佐渡地域医療連携ネットワーク 施設情報変更申請書

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）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	

(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（〇をつけてください）
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（〇をつけてください）
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（〇をつけてください）
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

All Rights Reserved, Copyright© 2013
The Council of Sado Regional Health Care

記入例

医療連携推進協議会

佐渡地域医療連携ネットワーク　施設情報変更申請書

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）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　1　年　5　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：カイゴシセツトキノサト 介護施設トキの里	
	代表者氏名(*)	佐渡　太郎	
	住所(*)	〒　９５２ － ×××× 新潟県佐渡市　×××××××××　×××ー×××	
	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	

(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（〇をつけてください）
システム登録施設名１(*)	フリガナ：デイサービストキ 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（〇をつけてください）
システム登録施設名２(*)	フリガナ：キョタクカイゴシエンジギョウショトキ 介護施設トキ（居宅介護）　（変更前：　）
区分(*)	新規登録・変更・削除（〇をつけてください）
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

All Rights Reserved, Copyright© 2013
The Council of Sado Regional Health Care