様式第２号

北彩あんしんリング利用申込書兼変更届

北埼玉医師会長　様

　　　　　　　　　　北彩あんしんリングを利用した情報共有を行いたいので、

申し込みます。

本事業所において、

　　　　　　　　　　利用者の変更（削除・追加）について届出します。

　　　　　　年　　月　　日

事業所名：

住所：　〒

電話番号：

管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

　利用者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | | 職種 | 氏名 | 性別 | メールアドレス |
| 新規 | 削除 | 追加 |  |  |  |  |
| 新規 | 削除 | 追加 |  |  |  |  |
| 新規 | 削除 | 追加 |  |  |  |  |
| 新規 | 削除 | 追加 |  |  |  |  |
| 新規 | 削除 | 追加 |  |  |  |  |
| 新規 | 削除 | 追加 |  |  |  |  |
| 新規 | 削除 | 追加 |  |  |  |  |
| 新規 | 削除 | 追加 |  |  |  |  |
| 新規 | 削除 | 追加 |  |  |  |  |
| 新規 | 削除 | 追加 |  |  |  |  |

【提出先】〒３４７－００４３

　　　　　埼玉県加須市馬内４４１

　　　　　北埼玉在宅医療連携室

　　　　　　Tel　０４８０－３１－６１９９

　　　　 Fax ０４８０－６１－１１９０

事業所等

在宅医療連携室