

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

本事業所において、北彩あんしんリングを利用した情報共有を行いたいのので、申し込みます。

下記、利用者の変更(新規・削除・追加)について届出します。

令和 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

[illegible]

☆ 事業所管理者のご利用がない場合は、利用管理者として※欄に○を付けて下さい。

【提出先】〒347-0043

埼玉県加須市馬内441

北埼玉在宅医療連携室

☎ 0480-31-6199

FAX 0480-61-1190