

施設入会情報変更申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の入会情報の変更を申請します。

施設名 : _____
 変更申請者名 : _____ 利用者 ID : F _____
 申請日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 変更日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

変更項目のみ記入して下さい。

施設情報記入欄

施設名	ふりがな		
施設区分	1.病院 2.医科診療所 3.歯科診療所 4.薬局 5.介護老人保健施設 6.その他 ()		
開設者氏名		代表者氏名	
住所	〒 -		
電話番号			
FAX番号			

システム管理者（担当者）情報記入欄

氏名	ふりがな		
職種		所属部署名	
Eメールアドレス	@		

本書を協議会事務局に FAX して下さい。 FAX : 050-3730-0128

【事務局】 〒960-8036 福島県福島市新町 4 番 22 号 福島県医師会館 1F
 電話 : 024-525-8818 FAX : 050-3730-0128

事務局取扱欄

- 施設入会情報変更申請書受理日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 施設入会情報変更申請承認、システムへの施設情報登録日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 施設入会情報変更登録完了通知書送付日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日