

キビタンケアネットサービス 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 : _____

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.居宅介護支援事業所 7.その他 ()		
開設者氏名		代表者氏名	
住所	〒 - _____		
電話			
FAX番号			

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