

参加者（事業所・スタッフ）登録変更依頼書

在宅医療支援センター 宛

令和 年 月 日

書類の記入は、主治医の所属する医療機関が行ってください。

◎申請者

医療機関	医療法人●●会 ●●クリニック
医師名	川内 一太郎

◎登録患者内容

患者氏名	(氏名) 鹿児島 隆盛	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
生年月日	明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和・平成	3年	5月5日

◎「いいせんリンク」登録変更内容

医療機関・事業所名	参加者名	変更
〇〇ヘルパーステーション		<input checked="" type="radio"/> 追加 解除
いいせんリンク調剤薬局	川内 彦星	追加 <input checked="" type="radio"/> 解除
		追加 解除
		追加 解除
		追加 解除
		追加 解除

※「いいせんリンク」参加者についてはケアマネジャー等とご相談のうえ選定下さい。

記入後、FAX または利用者間メールにデータ添付し、下記までお知らせください。

〒895-0076 薩摩川内市大小路町 70-26
川内市医師会在宅医療支援センター宛
TEL : 0996-22-4021 (担当 : 田中・森園)