**様式4-2**

**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 |  |
| 医師名 |  |

**◎登録患者内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | (氏　名) 　　　  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　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 |
|  |  | 追加　解除 |
|  |  | 追加　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、下記までご連絡ください。書類の受け取りに伺います。（お急ぎの場合はご持参下さい）

〒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）

2019年5月1日　第2版