

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 殿

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 : 平成_____年_____月_____日
 変更日 : 平成_____年_____月_____日

変更項目のみ記載して下さい。

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			
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
 フリーダイヤル : 0120-578-818 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 : 平成 _____ 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 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 施設入会情報変更登録完了通知書送付日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日