福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式１－１

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**