

情報共有システム登録事項変更・修正申請書

流山市長宛

在宅医療・介護に関する多職種連携のための情報共有システムの利用について、登録事項の変更・修正を申請します。

申請日 令和 年 月 日

| | |
|------------------|--|
| 申請者名 (法人又は個人) | |
| 代表者名 | |
| 医療機関 介護事業所 名称 | |

| 変更・修正に係る事項(変更・修正項目の該当箇所にチェック) | | |
|---|-------|-------|
| 事業所について | (変更前) | (変更後) |
| <input type="checkbox"/> 名称・番号・所在地 | | |
| <input type="checkbox"/> 管理者 | | |
| <input type="checkbox"/> 連絡先 | | |
| システム利用者について | (変更前) | (変更後) |
| <input type="checkbox"/> 氏名 | | |
| <input type="checkbox"/> 所属事業所名 (同一法人内、市内異動のみ) | | |
| <input type="checkbox"/> システム利用管理担当者 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

※1 ID発行の追加・削除は流山市様式1-1になります。

※2 市内異動の場合は、異動元の医療機関・事業所より申請書を提出してください。また、異動先の医療機関・事業所のシステム利用管理担当者にも変更した旨を報告して下さい。