

ふくい医療情報連携システム運営協議会 変 更 届 出

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 殿

ふくい医療情報連携システム協議会への申請内容に変更が生じたので、申請を致します。

申請日	年 月 日		
機関コード ※旧コードを記載ください。			
ふりがな			
医療機関名			
代表者名			
電話番号		F A X 番号	

(※該当項目のみ記入してください。)

	変更前	変更後
施設名		
医療機関コード	—	—
代表者名		
運用責任者		
施設の住所		
電話番号		
FAX番号		
メールアドレス		
接続台数	台	台
変更理由		

(事務局取扱欄)

□変更届出受理日 : 年 月 日 (郵送 ・ FAX ・ その他)

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /