**ふくいみまもりSNS　変更申請書（事業所用）**

**別紙様式３**

ふくい医療情報連携システム運営協議会事務局　御中

　（FAX　0776-21-6641）

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、変更申請致します。

申込日：20　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設の種類 | □医科医療機関　　□歯科医療機関　　□保険薬局  □訪問看護ST　　　□居宅介護支援事業所　　□その他 |
| 施設住所 | 〒　　―  福井県 |
| 連絡先 | 電話番号：  ＦＡＸ： |
| 申請者 | （部署・役職）  （氏　　　名） |

変更内容〈※該当項目のみ記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 事業所コード  （10桁） |  |  |
| 施設名 |  |  |
| 代表者名 |  |  |
| SNS施設内管理者 |  |  |
| 施設の住所 | 〒 | 〒 |
| 電話番号 |  |  |
| ＦＡＸ番号 |  |  |
| 管理画面ログイン用メールアドレス |  |  |
| 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）

協議会公印

日付　/

事務局責任者

日付　/

事務局受付済み

日付　/