

Team変更依頼書

「 [酒田市] 地域包括×健康増進×医療介護連携DX事業 」のTeamの加入状況について、登録情報の変更を依頼します。

			申請日	令和		年		月		日
施設・事業所名						(担当者)				
ふりがな						性 別		☐ 男 ☐ 女		
加入者氏名						生年月日 ※該当する元号に✓を記入してください。				
						☐ 大正 ☐ 昭和		年	月	日
						☐ 平成 ☐ 令和				
介護保険証情報	保険者番号 ※酒田市以外の場合は記入してください。	酒田市062042			介護保険被保険者 番号（10桁）					

※該当する事項に✓を記入し、必要事項を記入してください。

☐ 中止	▶理由	☐ 転 出	令和	年	月	日
		☐ 死 亡 (死亡日)	令和	年	月	日
		☐ その他 (理由)				
☐ 連携先の追加・削除 ※「追加」、「削除」に✓を記入してください。						
施設・事業所 種別（▼から選択）	施設・事業所名					
(例) 2.病院	4 日本海総合病院					☒ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除
						☐ 追加 ☐ 削除

※事務局へFAXまたはメールで送信し、原本は施設・事業所で保管をお願いします。

送信者氏名		電話番号	
-------	--	------	--

<送付先>
【事務局】酒田市 在宅医療・介護連携支援室 ポンテ
（Team担当）病院改革推進室
TEL：0234-25-3640（直通）
FAX：0234-26-5112 ※ FAX受付時間：平日8：30～17：00
E-mail：team@nihonkai-hos.jp

【事務局記載欄】	
受付日	登録