

Team 変更依頼書

様式 3

「[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			
施設名	(担当者)			
ふりがな	性別	男・女		
加入者氏名	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日		
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☑をつけ、必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/> 中止 (理由: <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 (令和 年 月 日 死亡) <input type="checkbox"/> その他 ())		
<input type="checkbox"/> 連携先の追加・削除		
診療所		追加・削除
病院		追加・削除
居宅介護支援		追加・削除
地域包括支援センター		追加・削除
訪問看護		追加・削除
訪問介護 (ヘルパー)		追加・削除
訪問リハビリテーション		追加・削除
デイサービス・デイケア		追加・削除
ショートステイ		追加・削除
小規模多機能型居宅介護		追加・削除
グループホーム		追加・削除
特別養護老人ホーム		追加・削除
介護老人保健施設		追加・削除
上記以外の事業所		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 : 0234-26-2001 (代表)
FAX : 0234-26-5112 (ちようかいネットと同じ番号です。)
※FAX 受付時間 : 平日 8 : 30 ~ 17 : 00
E-mail : team@nihonkai-hos.jp

【事務局記入欄】

受付日	確認	登録