

宛先：名寄市医療介護連携事務局

(健康福祉部こども・高齢者支援室地域包括支援センター)

名寄市医療介護連携ICT：TEAM内共有掲示板「ケアマネ⇔事務局」

FAX：01654-9-2089 (名寄市地域包括支援センター行)

名寄市医療介護連携ICT（ポラリスネットワーク）変更依頼書（医療介護連携依頼書）

以下の加入者に対する連携施設の登録、削除をお願いします。

依頼日	令和	年	月	日		
加入者氏名：				介護保険被保険者番号：		
_____ _____						
依頼者事業所名：						
_____ _____						
依頼者氏名：						
_____ _____						

	連携施設名	適用月日
登録・削除		
登録・削除		
登録・削除		
登録・削除		

(登録又は削除のどちらかにまるをつけてください)