

宛先：名寄市医療介護連携ICT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変更依頼書

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：							

医療機関 (病医院・診療所、薬局、歯科診療所)

	連携医療機関名	診察券番号 (登録の場合のみ)	適用月日
登録・削除			

(登録又は削除のどちらかに○をつけてください)

介護事業所等 ※居宅介護支援事業所を登録する場合は担当ケアマネ氏名も記載のこと

	連携施設名	適用月日
登録・削除		

(登録又は削除のどちらかに○をつけてください)