様式第9号（第10条関係）

年 月 日

福岡市在宅連携支援システム事業責任者 様

所在地

法人名称

(ふりがな)

代表者名

福岡市在宅連携支援システム利用変更届

福岡市在宅連携支援システムの利用について、福岡市在宅連携支援システム運用要領第10条第3項の規定により、下記のとおり変更を届け出します。

記

利用組織名：

介護事業所番号・医療機関番号：

該当箇所の、変更前及び変更後の内容を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **変更前** |  | **変更後** |
| １　利用組織名： |  |  |  |
| ２　介護事業所番号  　　・医療機関番号： |  |  |  |
| ３　利用組織所在地： |  |  |  |
| ４　利用組織管理者： | (ふりがな)  氏名： |  | (ふりがな)  氏名： |
| ５　電話番号： |  |  |  |
| ６　FAX番号： |  |  |  |
| ７　メールアドレス： |  |  |  |
| ８　利用職種　（変更がある場合、変更後に利用する職種を全てチェックしてください） | | | |
| □ケアマネジャー 　□保健師 　　□ソーシャルワーカー  □介護職員　　　　　　　□看護職員 　　□リハビリ職員  □生活・支援相談員 　□福祉用具専門相談員 　　□栄養士  □医師 　□歯科医師　　　 　　□歯科衛生士  　□薬剤師 | | | |