

砂川市地域包括ケアネットワークシステム会員情報変更届出書

年 月 日

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会会長 様

法人(団体)名

代 表 者

印

次のとおり会員情報に変更がありましたので届け出ます。

	変更前	変更後
施 設 名		
施 設 住 所	〒	〒
施設の代表者名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		
管 理 責 任 者		
利 用 者	(職種) (カナ) (氏名)	(職種) (カナ) (氏名)