

# 医療・介護資源情報提供書（令和 4 年度 更新用）

FAX 018-827-3614 送り状不要

担当者名.....

## I. 基本情報（必須）

事業所名
管理者名
T E L
F A X

以下について、秋田市在宅医療・介護連携センターに情報を提供します。

## II. 情報提供事項

### 1) 変更内容（必須）

- なし                       あり

↓

変更前	変更後

### 2) ホームページへの情報掲載について（必須）

- 同意する ▶▶できるだけ、同意するにチェックをお願いします  
 同意しない（理由.....）

### 3) 事業所の特徴・PR など（任意）

.....(医療・介護関係者等に知っておいてほしい情報を教えてください).....

.....

.....

### 4) その他、要望等（任意）

.....

ご協力ありがとうございました。今後も最新情報を掲載するため、情報に変更がありましたら、秋田市在宅医療・介護連携センターまでFAX等でご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。なお、情報提供書はホームページからダウンロードできますのでご利用ください。