

医療・介護資源情報提供書（令和5年度 更新用）

FAX 018-827-3614 送り状不要

担当者名.....

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。

I.基本情報（必須）

事業所名
管理者名
T E L
F A X

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 ▶情報の公開にご協力をお願いします

 同意しない（理由

）

3)事業所の特徴・PRなど（任意）

.....

4)その他、要望等（任意）

.....

ご協力ありがとうございました。今後も正確な情報掲載に努めてまいります。情報に変更がございましたら、秋田市在宅医療・介護連携センターまでご連絡いただきますようお願いいたします。

また、既にメールアドレスを頂戴しております事業所には、研修会等のお知らせ（年数回）を送らせていただくこともございますので、ご了承ください。