

FAX 送信用紙 FAX 018-827-3614 送り状不要

医療・介護資源情報提供書

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

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) 事業所の特徴・PR、その他、要望など

(医療・介護関係者等に知っておいてほしい情報をご自由に記載ください)

.....

.....

.....

ホームページへの情報掲載について、同意しない場合のみチェックし、理由を記載してください。

同意しない (理由)

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。