

平成 年 月 日

三条市医師会長 様

介護	・	医療
----	---	----

 保険利用者用 ※介護・医療どちらかに○をつけてください。

「三条ひめさゆりネット」連携設定依頼書 （ 変更・追加・中止 ）

1 依頼事業所・機関

事業所・機関名	
担当者氏名	

2 利用者氏名

フリガナ 利用者氏名	性別	生年月日
	男 ・ 女	M・S・T・H 年 月 日

3 変更・追加・中止事業所名

・ 変更	旧	新
	旧	新
・ 追加		
・ 中止		

《記載に際しての注意点》

連携設定を希望しても連携できない事業所がありますが、関係事業所名について確認できる範囲で記入してください。