

Team 連携変更依頼書

NPO 法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 様

在宅医療・介護に関する多職種連携のため、以下の加入者に対する処遇チームを変更しましたので、変更登録をお願いします。

申請年月日	令和 年 月 日
申請事業所名	
担当者名	電話番号

加入者名	性別	男・女	生年月日
住所	米ねっと ID		

変更理由	①中止 (理由: 転出・死亡・その他)		
	②処遇チームの変更 (下記のとおり)		
◆処遇チーム			
診療所	診察券番号		追加・変更・削除
病院	診察券番号		追加・変更・削除
薬局			追加・変更・削除
居宅介護支援事業所			追加・変更・削除
訪問看護ステーション			追加・変更・削除
訪問介護支援事業所			追加・変更・削除
訪問入浴介護事業所			追加・変更・削除
デイサービス・ショートステイ			追加・変更・削除
包括支援センター			追加・変更・削除
福祉用具事業所			追加・変更・削除
特別養護老人ホーム			追加・変更・削除
その他			追加・変更・削除 追加・変更・削除