**「いなべ地域ケアネット」登録内容変更通知書**

**＜様式６＞**

いなべ在宅医療多職種連携推進協議会　あて

　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所等名：

事業所等所在地：

事業所等連絡先：

　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名：

　本事業所において、「いなべ地域ケアネット」利用者の変更（追加登録・退会）を行いましたので、下記のとおり通知します。

記

　【追加登録・退会者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 職　種 | メールアドレス | 区　分 | 異動日 |
|  |  |  | 追加・退会 | 年　　月　　日 |
|  |  |  | 追加・退会 | 年　　月　　日 |
|  |  |  | 追加・退会 | 年　　月　　日 |
|  |  |  | 追加・退会 | 年　　月　　日 |
|  |  |  | 追加・退会 | 年　　月　　日 |

※ 退会の場合は、事業所のMCS管理者がMCSの退会手続きを行ってから、提出してください。

【提出先】

○いなべ市在宅医療介護連携支援センター

〒511-0498　いなべ市北勢町阿下喜31

　　　Tel ０５９４－８６－７８１９

　 　 Fax ０５９４－８６－７８６５

○東員町在宅医療介護連携支援センター

〒511-0295　員弁郡東員町山田1600

　　　Tel ０５９４－８６－２８２３

　 　 Fax ０５９４－８６－２８５１

在宅医療介護連携支援センター

事業所等