**登録情報修正届出書**

届出日：令和　　　年　　　月　　　日

岐阜県医師会長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　岐阜県在宅療養あんしん病床確保事業の登録情報の変更がありましたので、下記の通り、登録情報の更新を　お願いします。

**1. 届出者（記入者）**

|  |
| --- |
| 氏　名 |
| 所属機関名 |
| 連絡先（電話番号） |

**2. 登録区分（いずれかに☑）**

☐ 登録医　　　　　　　　　　☐ 受入医療機関

**3. 修正内容（修正する項目のみ記載をお願いします。）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録項目 | 修正前 | 修正後 |
| 医師名 |  |  |
| 登録医療機関名 |  |  |
| 受入医療機関申請担当の所属/氏名 |  |  |
| 住　所 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| FAX番号 |  |  |
| E-mail |  |  |
| その他の情報 |  |  |

**4.提出先：岐阜県在宅医療推進センターへ（FAX:058-271-1651）ご送付ください**

〇本事業のお問い合わせ先

岐阜県在宅医療推進センター（岐阜県医師会事務局内）

〒500-8510岐阜市薮田南3-5-11　　電話058-274-1111（代表）FAX058-271-1651