様式４

原本を所在区の在宅医療・介護連携支援センターへご提出ください。

はち丸ネットワークへの参加に係る誓約書（変更届）

一般社団法人名古屋市医師会長　殿

はち丸ネットワークの趣旨を理解し、利用規約を遵守することを誓います。

施設名			
施設住所	〒　　－		
所属団体	□ 名古屋市医師会　□ 名古屋市歯科医師会　□ 名古屋市薬剤師会 □ 名古屋市指定介護保険事業所番号を保有している事業所 番号 □ その他（　　）		
代表者名	㊞		
施設管理者名	㊞		
電話番号	（　　）	FAX番号	（　　）

（事務局記入欄）

受理　：　平成　　年　　月　　日

受理印