

在宅医療連携体制を担う機関その他変更届

令和 年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会
鹿児島市部会長 殿

所在地

き かん めい
機 関 名

代表者名

電話番号

(記入者氏名)

在宅医療連携を担う機関の内容（医療機能除く）に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 変更する項目（機関名 ・ 住所 ・ 電話番号）に○印をつけてください。

変更前	変更後