資料２

医療･介護資源情報提供書 （令和６年度　更新用）

FAX　018-827-3614　送り状不要

担当者名

Ⅰ.基本情報（必須）

事業所名
管理者名
ＴＥＬ
ＦＡＸ

Ⅱ.情報提供事項

１）変更内容　（必須）

□　なし　　□　あり

↓

変更前	変更後

２）ホームページへの情報掲載について　（必須）

□　同意する　▸▸できるだけ、同意するにチェックをお願いします

□　同意しない（理由　　）

３）事業所の特徴・PR など（任意）

（医療・介護関係者等に知っておいてほしい情報を教えてください）

４）その他、要望等　（任意）

ご協力ありがとうございました。正確な情報掲載に努めてまいりますため、今後も情報に変更がございましたら、本センターまでご連絡いただきますようお願いします。