

長浜米原地域医療支援センター 行き
FAX 番号 0749-65-2755

資源情報変更依頼書

令和 年 月 日

<依頼者>

サービス名（事業所の種別）

【 】

事業所名

【 】

電話番号（ - - ）

担当者の氏名（ ）

次のとおり変更を依頼します。

項目 (電話番号、住所 事業所名、休業日など)	
変更内容 (例 65-〇〇××→ 65-△△□□)	
変更となる日	
備考	