様式第３号（第10条関係）

・会員施設は「ID-Link 変更申請書」を一緒に提出してください。
・会員外施設は「ID-Link 変更申請書」を一緒に提出してください。

ハートネットホスピタル
利用施設変更申請書

令和　　年　　月　　日

「ハートネットホスピタル」の登録内容に変更が生じましたので申請します。

フリガナ 施 設 名	代表者 印
フリガナ 施設長名	
事業者区分	□医療機関　□訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ　□居宅介護支援事業所 □調剤薬局　□その他（　　）
所 在 地	（〒　　ー　　）
代表電話	
変更内容	変更箇所 □施設名　□施設長名　□事業者区分　□所在地 □代表電話　□利用責任者 変更前 変更後 理由

以下　金沢市医師会　記入欄

上記のとおり承認する。

令和　　年　　月　　日
ハートネットホスピタル運営委員会担当チーフ

担当チーフ	担当サブチーフ	担当サブチーフ	事務局長	担当者

受理日	令和　　年　　月　　日
整理番号	
担当	
ＳＥＣ郵送日	令和　　年　　月　　日

金沢市医師会　ハートネットホスピタル事務局
〒920-0912　金沢市大手町3-21
TEL　076－263-6070
FAX　076－223-7079
Email　hnh@kma.jp
受付　9時～17時　月～金（祝日除く）