

・利用者が自署できない場合は、利用責任者が代わりにご記入ください。

# ハートネットホスピタル 利用者変更申請書

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たので登録願います。

施設名	
事業者区分	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> その他（ ）

フリガナ 利用者名（自署）	
代理人記入の場合	代理人氏名（自署）
ID（ログイン名）	
変更内容	変更箇所 <input type="checkbox"/> 利用者名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 責任区分 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> 有資格 <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> パスワード
	変更前
	変更後
	理由

以下 金沢市医師会 記入欄

令和 年 月 日に、上記利用者の変更が完了しましたので、お知らせします。

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	

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）