

令和 年 月 日

ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク掲載情報変更依頼書

施設名			
担当者		電話番号	

下記の情報の変更を依頼します。

変更内容 変更する項目に☑し、変更前と変更後の内容を記入してください。

変更事項		変更前		変更後
基本情報	<input type="checkbox"/> 施設名		→	
	<input type="checkbox"/> 施設住所		→	
	<input type="checkbox"/> 電話番号		→	
	<input type="checkbox"/> FAX		→	
	<input type="checkbox"/> 管理者名		→	
	<input type="checkbox"/> 担当者名		→	
	<input type="checkbox"/> メール		→	
	<input type="checkbox"/> URL		→	
営業情報	<input type="checkbox"/> 休業日		→	
	<input type="checkbox"/> 営業時間		→	
	<input type="checkbox"/> 併設事業所		→	
	<input type="checkbox"/> その他		→	
施設情報	<input type="checkbox"/> 特養等	[項目]	→	
	<input type="checkbox"/> 歯科	[項目]	→	
	<input type="checkbox"/> 薬局	[項目]	→	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	[項目]	→	
	<input type="checkbox"/> 包括支援センター	[項目]	→	
	<input type="checkbox"/> 行政	[項目]	→	
	<input type="checkbox"/> その他	[項目]	→	
その他	<input type="checkbox"/> マップの位置		→	
	<input type="checkbox"/>		→	
	<input type="checkbox"/>		→	
	<input type="checkbox"/>		→	