

登録調査票の（ 新規 ・ 変更 ） 届出書

【 同意確認 】

当事業所は、下記の登録調査票を南部地区医師会が発刊する「地域の医療・介護資源リスト」及びWebサイト上の「医療・介護おたすけマップ」に掲載し、情報公開することに同意します。 同意日時： 令和 年 月 日

機関・事業名 ⑩ 記入者名 (部署・役職)

福祉用具貸与・特定福祉用具販売 事業所 登録調査票								
令和 年 月現在								
事業所名					代表者名			
住所	〒							
電話番号					FAX番号			
メールアドレス								
ホームページ								
窓口対応部署					窓口担当者			
	対応しやすい時間： <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> _____曜日・時間帯(~)							
訪問、対応地域	<input type="checkbox"/> 糸満市 <input type="checkbox"/> 豊見城市 <input type="checkbox"/> 南城市 <input type="checkbox"/> 与那原町 <input type="checkbox"/> 南風原町 <input type="checkbox"/> 八重瀬町 <input type="checkbox"/> その他 ()							
営業時間 (○時○分～○時○分) 具体的にご記入ください	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝祭日
	定休日							
	留意事項							
サービス内容	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 住宅改修費受領委任払い (沖縄県介護保健広域連合)							
介護保険外	<input type="checkbox"/> 対応可 (<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 自費) <input type="checkbox"/> 対応不可							
併設・関連機関								
事業所アピール								
備考								

※ご記入いただきました登録調査票は、下記の南部在宅医療介護支援センターへFAX送信くださいますようお願いいたします。

FAX 098-851-8842