

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

印 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：□指定なし □_____曜日・時間帯(~)						
訪問、対応地域 (○時○分～○時○分)具体的にご記入ください	□糸満市 □豊見城市 □南城市 □与那原町 □南風原町 □八重瀬町						
	□その他()						
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
定休日							
留意事項							
サービス内容	□福祉用具貸与 □特定福祉用具販売 □住宅改修 □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	□ 対応可 (□障害者 □小児 □自費) □ 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します。

FAX 098-851-8842