

## どこでも連絡帳従事者登録変更通知書

栃木県医師会どこでも連絡帳事務局 御中

本事業所において、どこでも連絡帳利用者の変更（追加登録・削除）を行いましたので、以下のとおり通知いたします。

令和 年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

管理者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

ふりがな

施設名： \_\_\_\_\_ 施設の種類： \_\_\_\_\_

施設住所：〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

申請者：(部署・役職) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

下記に「どこでも連絡帳」に追加登録された方あるいは削除された方をご記入ください。

※氏名欄の（追加・削除）のいずれかに○を付してください。

No.	ふりがな 追加登録・削除者	職種	メールアドレス※	管理者***
1	(追加・削除)			
2	(追加・削除)			
3	(追加・削除)			
4	(追加・削除)			
5	(追加・削除)			
6	(追加・削除)			