

## ケアマネタイムの変更届・廃止届

住所	
医療機関名	
医師名	

該当する方に○をお付けください。

ケアマネタイムを変更する      ・      ケアマネタイムを廃止する

以下、ケアマネタイムを変更するに○を付けた方は回答ください。

### 変更後ケアマネタイム

(変更しない曜日も含めてケアマネタイムを導入する曜日に全て○をつけていただきさらに導入する時間帯も全てご記入ください)

曜日	午 前		午 後	
		～		～
月		～		～
火		～		～
水		～		～
木		～		～
金		～		～
土		～		～
日		～		～

○その他注意事項等 (該当する方へ○をお付けください)

変更なし・ 変更あり (下記に変更内容をご記入ください)

変更後内容

※電話番号及びFAX番号につきましては山口県医師会会員名簿に掲載の番号をケアマネタイム一覧表に掲載させていただきますので、ご了承のほどよろしくお願い申し上げます。(公開する項目：郡市名、〒、住所、医療機関名、氏名、電話番号、FAX番号、ケアマネタイム、その他注意事項等)