**送信先：墨田区保健計画課健康推進担当　行**

**F A X：０３‐５６０８‐６４０５**

**墨田区在宅緩和ケア実施医療機関・福祉事業者登録内容変更・終了申請書**

**１　申請日：**令和　　年　　　月　　　日

**2　事業者基本情報：**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒　　　- |
| 管理者名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

**3　申請内容**

[ ]  登録内容変更を希望

[ ]  登録終了を希望

**4　変更内容**

墨田区保健計画課健康推進担当