**ホームページ掲載情報の新規登録・修正連絡票**

**足利市医師会　宛**

**FAX：２２－４０８０**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関・施設名 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| 担当者名 |  |

**当施設の情報に関し、下記のとおり新規登録・修正してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 新規登録・修正内容 |  |
| 連絡事項等 |  |

※連絡票は、ＦＡＸにて送付してください。

※修正した旨の連絡はしません。修正内容は元気高齢課ホームページでご確認

ください。

※修正までに時間を要することがありますので、ご承知おきください。

＜市使用欄＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 修正日 | 担当 | 係長等 | 課長等 |
|  |  |  |  |  |