

連携登録医療機関変更申請書

県立二葉の里病院 病院長 殿

申請者 住 所
医療機関名
開設者名

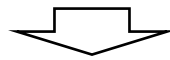
印

連携登録医療機関の登録内容について、下記のとおり変更を申請します。

記

変更前（修正が必要な項目に☑を入れてください。）

<input type="checkbox"/> 医療機関名	
<input type="checkbox"/> 所在地	(〒 -)
<input type="checkbox"/> 開設者名	
<input type="checkbox"/> 電話番号	() -
<input type="checkbox"/> FAX番号	() -



変更後

医療機関名	
所在地	(〒 -)
開設者名	
電話番号	() -
FAX番号	() -