

令和 年 月 日

成田赤十字病院

地域医療連携課 あて

F A X : 0 4 7 6 - 2 3 - 9 5 8 1

医療機関名

所在地

登録医

T E L

F A X

連携登録医情報変更届出書

下記のとおり登録内容に変更がありましたので届出します。

変更箇所	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 医療機関名		
<input type="checkbox"/> 医療機関住所		
<input type="checkbox"/> 電話番号		
<input type="checkbox"/> F A X 番号		
<input type="checkbox"/> ホームページURL		
<input type="checkbox"/> 診療科		
<input type="checkbox"/> 診療時間		
<input type="checkbox"/> 休診日		
<input type="checkbox"/> その他		
備考		