

医療連携登録医内容変更届

記入日 年 月 日

大阪公立大学医学部附属病院

病 院 長 様

医療機関名 _____

登録医名 _____ 印

下記の登録内容について変更しましたので届出いたします。

※変更項目の番号に○をして変更前、変更後の内容を記入してください。

項 目	変 更 前	変 更 後
1 医療機関名称		
2 所 在 地		
3 電 話 番 号		
4 F A X		
5 メールアドレス		
6 ホームページURL		
7 標 榜 科		
8 そ の 他		

送付・問合せ先：〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町 1-5-7
 大阪公立大学医学部附属病院 患者支援課
 ☎ : 06-6645-2857

(病院記入欄)

受付年月日	年 月 日
処理年月日	年 月 日