

連携登録医申請内容変更届

令和 年 月 日

奈良県立医科大学附属病院 病院長 様

(所属機関名)

(氏名)

(登録医No.)

以下の通り、連携登録医の登録事項変更を届出いたします。

変更点に チェック☑	名 称	
<input checked="" type="checkbox"/>	名 称	
<input type="checkbox"/>	所在地	(〒)
<input type="checkbox"/>	最寄り駅等 アクセス方法	
<input type="checkbox"/>	TEL	
<input type="checkbox"/>	FAX	
<input type="checkbox"/>	標榜 診療科名	
<input type="checkbox"/>	メールアドレス	
<input type="checkbox"/>	URL	
<input type="checkbox"/>	ご専門の 診療領域	
<input type="checkbox"/>	連携登録医として、本院ホームページへの掲載を	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません

注・郵送またはFAXにより、地域連携・入退院支援センターまでお送りください。

【お問い合わせ】

奈良県立医科大学附属病院

地域連携・入退院支援センター

〒634-8522 奈良県橿原市四条町840

TEL : 0744-22-3051(代表)

0744-29-8022(直通)

(奈良県立医大附属病院記入欄)

変更年月日 令和 年 月 日