

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、連携登録医の登録内容変更を届出いたします。

| 変更点に チェック☑ | | |
|--------------------------|------------------------|---|
| <input 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、地域医療連携室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 地域医療連携室

〒634-8522 奈良県橿原市四条町840

TEL：0744-22-3051(代表)

0744-29-8022(直通)

FAX：0744-23-9923

(奈良県立医大附属病院記入欄)

変更年月日 令和 年 月 日