

登録内容変更届

年 月 日

神栖済生会病院

院長代行 長野具雄様

医療機関名 _____

登録医名 _____ 印

下記事項について変更しましたので届出いたします。

※変更箇所の変更前・後の内容を記入してください。

項 目	変 更 前	変 更 後
医 療 機 関 名		
医 師 名		
住 所		
電 話		
F A X		
標 榜 科		
そ の 他 (登録医情報に 関すること)		