（様式2）

《FAX送信先》

さいたま赤十字病院　医療連携課【**048-852-1132**】

**登　録　内　容　変　更　届**

さいたま赤十字病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  （医療機関名）  （医師名） |  |

病院長　様

下記事項について変更しましたので、届出

いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 変更前 | 変更後 |
| 医療機関名 |  |  |
| 住　所 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| FAX番号 |  |  |
| 診療科 |  |  |
| その他  登録医情報に  関すること |  |  |

|  |
| --- |
| 【変更日】　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 【登録医証書番号】　　第　　　　　　　　　　　号 |

（さいたま赤十字病院使用欄）