

《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  
病院長 様

年 月 日

申 請 者  
(医療機関名)

下記事項について変更しましたので、届出  
いたします。

( 医 師 名 )

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		

(さいたま赤十字病院使用欄)

【変 更 日】 \_\_\_\_\_ 年 月 日

【登録医証書番号】 第 \_\_\_\_\_ 号