

《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