

「 変 更 届 」

栃木県地域医療連携ネットワークシステム協議会長 様

20 年 月 日

施設名：

*医療機関コード

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

記入者：_____

TEL：_____

次のとおり変更を届けます。(該当項目のみ記入してください。)

| | 変 更 前 | 変 更 後 |
|-----------|-------|-------|
| 施 設 名 | | |
| 代 表 者 名 | | |
| 施設の所在地 | 〒 | 〒 |
| 電 話 番 号 | | |
| F a x 番 号 | | |
| E-m a i l | | |

栃木県地域医療連携ネットワークシステム協議会事務局
 〒320-8503 宇都宮市駒生町3337-1 とちぎ健康の森4階(栃木県医師会内)
 TEL：028-622-2655/FAX：028-624-5988

事務局取扱欄

申請受理日： 20 年 月 日

変更日：(20 年 月 日)

業者へ連絡 ⇒ ID-Link：(20 年 月 日) ・ HumanBridge：(20 年 月 日)

その他 _____