

令和 年 月 日

茅ヶ崎市立病院登録医療機関変更届（案）

茅ヶ崎市病院事業管理者 殿

茅ヶ崎市立病院登録医制度により、登録医療機関変更届の申請をします。

医療機関

	変更前	変更後
1. 医療機関名		
2. 開設者名		
3. 診療科名		
4. 住所		
5. 電話番号		
6. FAX 番号		
7. E-mail		

■変更届は、原本のご郵送をお願いいたします。

■変更箇所の番号に○をつけ、変更前・後の内容を記入してください。

■登録医医療機関に複数の医師が勤務する場合は、院長及び代表医師名をご記入ください。