

星ヶ丘医療センター 連携登録医変更届

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

星ヶ丘医療センター 院長 様

医療機関名 _____

登録医名 _____

以下の通り、連携登録医の登録内容変更を届出いたします。

※変更項目の番号に○をし、変更前、変更後の内容をご記入してください。

項 目	変 更 前	変 更 後
1. 医療機関名称		
2. 代表者変更		
3. 所在地		
4. 電話番号		
5. F A X 番号		
6. メールアドレス		
7. ホームページURL		
8. 標榜科		
9. その他		

お問合せ先・送付先

〒573-8511 枚方市星丘 4-8-1

星ヶ丘医療センター 地域医療連携室

T E L 0120-840-274 (直通)