（様式２）

登録内容変更届

年　　月　　日

JA 北海道厚生連　旭川厚生病院
院　長　　光部　兼六郎　　様

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連携登録医名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

下記事項について変更しましたので届出致します。

※変更箇所の番号に〇をして変更前・後の内容を記入してください。

項目	変更前	変更後
１．医療機関名		
２．住所	〒	〒
３．電話番号		
４．FAX 番号		
５．URL（ホームページ等）		
６．医師名		
７．標榜診療科		
８．その他 登録医情報に関する事 （ホームページ・院内電子掲示板の掲載内容等）		
９．受入れが困難な疾患 注意事項等		