

## 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 森 達也 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○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. 診療科		
6. その他 登録医情報に関する事 (強みやPRを記載願います)		