（様式２）

**登録内容変更届**

年　　　月　　　日

JA北海道厚生連　札幌厚生病院

院　長　　髭　　修平　　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） |  |  |