

箕面市立病院連携医療機関 登録変更申請書

年 月 日

医療機関名	
変更年月日	年 月 日付け

変更内容 (※変更部分のみ記入してください)

医療機関名	フリガナ
医療機関所在地	〒 -
管理者氏名	フリガナ
電話番号	( ) -
FAX番号	( ) -
保険医療機関番号	
標榜診療科目	
診療等の情報の送信方法	<input type="checkbox"/> メールのみ希望 ※ <input type="checkbox"/> FAXとメールどちらも希望する ※ メールアドレス [ ] 右下のQRコードを読み取っていただくことでも送信できます。 <input type="checkbox"/> FAXのみ希望
その他変更内容	

登録医変更

区分	登録医氏名	専門科目・専門分野
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	フリガナ	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	フリガナ	

(お問合せ先) 箕面市立病院 地域医療室  
 電話：072-728-2177  
 FAX：072-728-8475  
 Email:chiiki@minoh-hp.jp

