

(様式第3号)

大崎市民病院 登録医・サポート医 登録事項変更届出書

年 月 日

大崎市民病院 院長 様

大崎市民病院登録医制度要綱の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

届出医療機関名	
変更日	年 月 日 から

(変更箇所のみ記入のこと)

区分	変更後	変更前
ふりがな		
医療機関名		
所属医師会		
医療機関番号(7桁)		
医療機関住所	〒 — —	〒 — —
電話番号	— —	— —
FAX番号	— —	— —
E-mail アドレス		
ホームページURL		
備考		

FAX送信先 大崎市民病院 患者サポートセンター 地域医療連携室

FAX番号 0229-24-3005 (連携室直通) / 電話番号 0229-23-3311 (代表)

《大崎市民病院使用欄》

- | | | |
|--|---------------------------------|--|
| ☐ 収受・起案 | ☐ 病院独自機能 | ☐ 登録医名簿 |
| ☐ 決裁後認定証・関連書類送付 | ☐ 紹介者マスタ | ☐ 登録医名簿(予約センター用) |
| ☐ メーリングリスト | | ☐ こどもサポート医一覧(4東用) |
| ☐ ホームページ | | |