

様式2

連携医療機関・登録内容変更届

年 月 日

地方独立行政法人徳島県鳴門病院  
院長 様

医療機関名 \_\_\_\_\_

記 載 者 \_\_\_\_\_

下記事項について変更しましたので届出いたします。

※変更箇所の番号に○をして変更前・後の内容を記入ください。

| 項目       | 変更前 | 変更後 |
|----------|-----|-----|
| 1. 医療機関名 |     |     |
| 2. 住所    |     |     |
| 3. TEL   |     |     |
| 4. FAX   |     |     |
| 5. 診療科   |     |     |
| 6. その他   |     |     |

変更年月日 年 月 日