箕面市立病院連携医療機関　登録内容変更申請書

年　　月　　日提出

医療機関名	
変更年月日	年　　月　　日付け

医療機関変更（※変更項目に☑をつけて、変更後の内容を記入してください。）

□　医療機関名称	ﾌﾘｶﾞﾅ
□　医療機関所在地	〒　　－
□　管理者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ
□　電話番号	（　　）　　－
□　ＦＡＸ番号	（　　）　　－
□　保険医療機関番号	
□　標榜診療科目	
□　Ｅメールによる診療等の情報送信	□希望する　　□希望しない メールアドレス〔　　〕
□　当院ホームページの登録医ページの掲載	□希望する　　□希望しない

登録医変更

区分	登録医氏名	専門科目・専門分野
□追加 □変更 □削除	ﾌﾘｶﾞﾅ	
□追加 □変更 □削除	ﾌﾘｶﾞﾅ	
□追加 □変更 □削除	ﾌﾘｶﾞﾅ	

（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