

FAX 072-957-8051

FAX

登録医 内容変更届

年 月 日

大阪はびきの医療センター

院 長 殿

医療機関名 _____

登録医名 _____

下記事項について変更しましたので、届け出いたします。

※ 変更の項目のみに変更前・後の内容を記入してください

項目	変更前	変更後
医療機関名		
登録医師名		
住所		
TEL		
FAX		
メールアドレス		
診療科目		
その他		

地域医療連携室宛に FAXまたは、郵送にてご送信ください。

〒 583-8588

大阪府羽曳野市はびきの3丁目7-1

大阪はびきの医療センター 地域医療連携室

TEL 072-957-2121(代表) 072-957-8030(地域直通)

FAX 072-957-8051(地域直通)