

登録内容変更届

年 月 日

小川赤十字病院
院長 竹ノ谷 正徳 様

医療機関名

下記事項について変更しましたので届出いたします。

※ 変更箇所に○をして、変更前・後の内容を記入してください。

項目	変更前	変更後
(1) 医療機関名		
(2) 医療機関所在地		
(3) 電話番号	() -	() -
(4) FAX番号	() -	() -
(5) 標榜科		

※ ご不明な点等につきましては、下記までお問い合わせください。

小川赤十字病院
患者サポートセンター内医療連携室
電話：0493-71-5776 (直通)
FAX：0493-71-5779 (直通)