

## 医療機関情報変更届

豊中市病院事業管理者 様

申込日	年 月 日
医療機関名称 ／医療機関コード	(ふりがな)  (医療機関コード(7桁): )
代表者名	(ふりがな)  (自署でお願いします)
所在地	〒
連絡先	(TEL) (FAX) (Mail)

次のとおり変更いたします。

なお、引き続き、市立豊中病院ネットの運営及び利用に関する要綱を遵守し、利用します。

	変更前	変更後
医療機関名		
医療機関コード		
所在地		
電話番号		
FAX 番号		
Mail		

(該当事項のみ記入してください。)

市立豊中病院 地域医療連携室  
〒560-8565 大阪府豊中市柴原町 4-14-1  
TEL 06-6858-3597

## 【市立豊中病院取扱欄】

受理日：  年 月 日	登録日：  年 月 日
-------------------	-------------------

注：代表者が変更になった場合は、新規に申請をお願いします。