

## 医療機関情報変更届 (薬局用)

豊中市病院事業管理者 様

申込日	年 月 日
薬局名称 ／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
薬局名		
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。)

## 【豊中市薬剤師会取扱欄】

受理日 :		承認日 :	
年 月 日		年 月 日	

※豊中市薬剤師会の承認が分かる書類を添え、原本は市立豊中病院へ郵送してください。

〈提出先〉市立豊中病院 地域医療連携室 〒560-8565 豊中市柴原町 4-14-1 TEL 06-6858-3597 FAX 06-6858-3555			
受理日 :		登録日 :	
年 月 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。