

変更届

泉州南部診療情報ネットワーク運営協議会長 殿

20 年 月 日

ふりがな

施設名：

*医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--

代表者：（役職・氏名）
（開設者
または管理者）

代表印

施設住所：〒

TEL：_____

FAX：_____

E-mail：_____

（部署）

（氏名）

担当者：_____

次のとおり変更を届けます。（該当項目のみ記入してください。）

	変更前	変更後
施設名		
代表者名		
施設の所在地	〒	〒
電話番号		
FAX 番号		
E-mail		

泉州南部診療情報ネットワーク運営協議会事務局

〒598-8577 大阪府泉佐野市りんくう往来北 2-23

TEL：072-469-3111 / FAX：072-469-7929

事務局記入欄

申請受理日：20 年 月 日

 変更日：（20 年 月 日）_____ 業者へ連絡 ⇒ SEC（20 年 月 日）_____ その他 _____