

神奈川県慢性期医療協会 会員変更届

神奈川県慢性期医療協会会長 殿

下記の通り変更がございますので申請致します。

_____年 月 日

施設名 _____

代表者氏名 _____

印 _____

変更箇所のみ新旧ご記入下さい。

会員登録情報	新	旧
施設名 (例: ○○病院)		
法人名 (例: 医療法人社団○○会)		
ふりがな 代表者氏名		
所在地	〒	〒
電話番号・FAX	TEL : FAX :	TEL : FAX :
備考(変更日等)		

【本申込書の送付先・問合せ窓口】

神奈川県慢性期医療協会 事務局 (鶴巻温泉病院 地域連携室内)

〒257-0001 秦野市鶴巻北 1-16-1 TEL:0463-78-1319 FAX:0463-69-5665 <http://kanagawa-jamcf.com/>