**神戸市立医療センター中央市民病院連携登録医　登録変更及び登録辞退届**

令和　　年　　月　　日

◇　宛先　FAX：078-302-4424　／　E-mail：renkei@kcho.jp

■登録情報

|  |  |
| --- | --- |
| 登録医療機関名 |  |
| 登録医師名 |  |
| 登録番号 |  |

■変更届（変更箇所のみご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
|  |  | | |
| E-mailアドレス |  | | |
| 専門診療分野 |  | | |
| 在宅療養支援診療所届出 | □　有　　　□　無 | | |
| 診療内容 | □通院のみ　□訪問診療　□往診　□看取り可　□看取り不可 | | |

■辞退届

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退理由 |  |