

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）

ふりがな 医療機関名称			
所在地			
電話番号		FAX 番号	
ふりがな 登録医師名			
E-mail アドレス			
専門診療分野			
在宅療養支援診療 所届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
診療内容	<input type="checkbox"/> 通院のみ <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 看取り可 <input type="checkbox"/> 看取り不可		

■辞退届

辞退理由	
------	--