

医療連携登録医変更届・退会届

年 月 日

帝京大学医学部附属病院
病 院 長 殿

医療機関名 _____

登録医名 _____ 印

登録医番号 : No. _____ ※連携登録医カードに記載の番号をご記入ください

下記事項について届出いたします。

届出内容(□変更届 □退会届 いずれかに☑し内容をご記入ください)

変更届 ※変更箇所のみご記入ください

変更年月日	西暦	年	月	日
医療機関名	ふりがな			
ご登録医師名	ふりがな			
医療機関 ご住所	〒		最寄駅	
電話番号 FAX番号			
E-mail				
URL				
その他 登録医情報				

退会届

退会日	西暦	年	月	日
退会理由				

必要事項をご記入の上、郵送またはFAXください ➡

〒173-8606 東京都板橋区加賀2-11-1
帝京大学医学部附属病院 医療連携室行
TEL:03-3964-9830 FAX:03-3964-9849