

年 月 日

刈谷豊田総合病院長 殿

刈谷豊田総合病院 登録施設（変更・辞退）届出書

当施設は、刈谷豊田総合病院 登録施設制度規程に基づき下記のとおり登録施設（ 変更・ 辞退）を届出します。

登録施設番号		
医療機関名		
フリガナ		
代表者氏名		
フリガナ		
医療機関名		
標榜診療科目		
連絡先	医療機関所在地	〒 ー
	電話番号	
	FAX 番号	
	Eメール (任意)	@
所属会	<input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> 歯科医師会	

※ 太枠は必ずご記載ください。太枠以外は変更時に記入ください。

※ ご記入いただきました個人情報、登録施設業務に関する目的のみ使用します。

刈谷豊田総合病院 地域連携室
 電話 0566-25-8304（直通）
 FAX 0566-27-6956