

名古屋市立大学医学附属病院 病診連携システム登録医療機関
登録変更及び退会申請書

令和 年 月 日

(あて先) 名古屋市立大学病院長

登録医療機関情報の 変更 ・ 退会 を申請します。

(※変更または退会に○をご記入ください)

登録情報

登録医療機関名	
代表者名	
電話番号	

変更内容 (※変更部分のみ記入してください)

医療機関名	ナガサ
医療機関所在地	〒 -
電話番号	() -
FAX番号	() -
保険医療機関コード	
U R L	
Eメールアドレス	
その他 変更内容	

退会申請書

退会理由	
------	--

(お問い合わせ先) 名古屋市立大学病院 地域医療連携センター

電話 : 052-858-7150

FAX : 052-858-7136