

名古屋市立大学医学部附属病院 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	フリガナ
医 療 機 関 所 在 地	〒 ー
電 話 番 号	() ー
F A X 番 号	() ー
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

F A X : 052-858-7136