

記載事項変更届

社団法人 日本医療法人協会

会長 殿

経由支部欄		
年月日	年	月 日
支部名		
支部長 氏名印	印	

日本医療法人協会の申込書提出に係わる記載事項について、次のとおり変更したのでお届けします。

年 月 日

事務所所在地 _____

法人名 _____

理事長名 _____ 印

(変更のあった部分のみ記載)

法人名	フリガナ	病(医)院名	フリガナ	社・財団別	団
理事長名	フリガナ 医師 非医師	院長名	フリガナ	病床数	床
専任氏者名	フリガナ 医師 非医師	診療科目		電話	
				FAX	
病(医)院所在地	フリガナ			郵便番号	〒
備考	特定医療法人・一人医師医療法人・厚生省所管法人 (複数県にまたがる法人) (該当するものがあれば○印をおつけください。)				