

利用者会員等登録内容変更届出書

おおいた医療ネットワーク運営協議会 御中

下記のとおり登録内容変更を届出いたします。

届出日	令和 年 月 日												
施設名		医療機関番号	□□□□□□□□□□□□										
代表者名 あらわしがな													
住所													
代表電話		代表FAX											
病床数 ※1月1日時点													

【利用者会員】

※変更の内容をご記入ください。

施設名	フリガナ	医療機関番号	□□□□□□□□□□□□	
代表者名 あらわしがな				
住所				
代表電話		代表FAX		
病床数 ※1月1日時点				

【ユーザー】

※変更の内容をご記入ください。

ID	<input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 施設管理者	変更前	氏名	性別	生年月日	職種
	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 医療従事者	変更後	氏名	性別	生年月日	職種
ID	<input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 施設管理者	変更前	氏名	性別	生年月日	職種
	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 医療従事者	変更後	氏名	性別	生年月日	職種

連絡窓口	担当者 電話番号	部署名 FAX	職種 メールアドレス
------	-------------	------------	---------------

会長印	運用責任者印	事務局受付印