

神戸市立医療センター西市民病院連携医 申請内容変更・辞退届

令和 年 月 日

◇宛先 地域医療在宅支援室【FAX 078-579-1920】

E-mail : chiiki-renkei@kobe-nishishimin-hospi.jp

■申請情報

フリガナ 医療機関名称	
フリガナ 医師名	(NO)

■変更届

フリガナ 医療機関名称			
所在地			
電話番号		FAX 番号	
フリガナ 医師名			
E-mail アドレス			
専門診療分野			
診療内容			

■辞退届

辞退理由	
------	--