

奈良県西和医療センター地域医療連携医 登録変更及び登録辞退届

◇ 宛先 FAX:0745-31-1354 ◇

■ 登録情報

登録医療機関名	
登録医師	
登録番号	わかれば記入ください

■ 変更届

ふりがな 異動先医療機関名			
所在地			
電話番号		FAX番号	
E-mail アドレス			

* 医療機関情報の変更については様式2-1、2-2に記載してください。

■ 辞退届け

辞退理由	
------	--

【お問合せ】
〒636-0802
奈良県生駒郡三郷町三室1丁目14-16
地方独立行政法人 奈良県立病院機構
奈良県西和医療センター 地域医療連携室
[TEL:0745-32-0505\(内線2119\)](tel:0745-32-0505)
FAX:0745-31-1354
メールアドレス: seiwa-chiren@nara-pho.jp

