

＝会員施設情報変更届＝

変更がございましたらこちらの用紙を複写し、変更箇所をご記入の上、
ご返送（FAX 075-354-8802）をお願い致します。

※会員代表者が変更の場合は、別途届出が必要となりますので事務局までご連絡をお願い致します。

_____年 ____月 ____日

京都私立病院協会 宛

〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620番地 COCON烏丸8F
TEL. 075 (354) 8838 FAX. 075 (354) 8802

病院名 _____

(会員名簿 ページ)

※理事長および医師についてはすべての欄をご記入下さい。それ以外の方については、
氏名のほか就任年月日を必ずご記入下さい。

理事長	フリガナ 氏名		年	月	日	生
	大学	年卒	専攻			
	他の役職	就任年月日	年	月	日	
院 長	フリガナ 氏名		年	月	日	生
	大学	年卒	専攻			
	他の役職	就任年月日	年	月	日	
副院長	フリガナ 氏名		年	月	日	生
	大学	年卒	専攻			
	他の役職	就任年月日	年	月	日	
事務管理者 呼 称 ↓ ()	フリガナ 氏名		年	月	日	生
	他の役職	就任年月日	年	月	日	
看護管理者 呼 称 ↓ ()	フリガナ 氏名		年	月	日	生
	他の役職	就任年月日	年	月	日	
その他 呼 称 ↓ ()	フリガナ 氏名		年	月	日	生
	他の役職	就任年月日	年	月	日	

※変更項目に○を付けた上、変更事項をご記入ください。

許可病床数 開設者 診療科目 特殊診療 告示・指定 職員数 関連施設 その他