

変 更 届

一般社団法人山口県病院協会長 殿

令和 年 月 日

病 院 名

代表者名 ㊟

下記の通り当院の変更がありましたので、通知致します。

変 更 項 目	法人名 病院名 病院住所 理事長交替 病院長交替 事務長交替 看護部長交替 会員名変更 電話番号変更 F A X 番号変更 病床数 いずれかを○で囲んで下さい。	
変 更 内 容	変更前	※氏名の場合はふりがなもご記入ください
	変更後	※氏名の場合はふりがなもご記入ください
変 更 年 月 日	年 月 日	
連絡メモ		