**変　　更　　届**

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | |
| ＊施 設 名 | \*施設名は「医療法人○○会○○病院」等と設立主体とともにフルネームでご記入下さい。 | | | | |
| ＊氏 名  **ふりがな**  （代表者） |  | 職　種 | |  | |
| 部　署 | |  | |
| 役　職 | |  | |
| ＊施設所在地 | 〒 | | | | |
| ＊電　　 話 |  | | F A X | |  |
| 連絡先E-mail |  | | | | |
| 連絡事項等： | | | | | |

公益社団法人 医療・病院管理研究協会　会長 　殿

**・A会員　　・B会員　　・賛助会員　　　　会員ID（　　　　　）**

＊下記変更箇所にご記入ください。