

# 変 更 届

年 月 日

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。

ふりがな			
* 施 設 名	*施設名は「医療法人〇〇会〇〇病院」等と設立主体とともにフルネームでご記入下さい。		
ふりがな *氏 名 (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：			