

# 病診連携機関登録内容変更・辞退届

記入日 年 月 日

岐阜大学医学部附属病院長 殿

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

岐阜大学医学部附属病院病診連携機関の登録について、下記のとおり届出します。

※ 該当欄にチェックの上、必要事項を記入願います。

☐ 登録内容変更（変更のある項目のみ記入願います。）

項 目	変更前	変更後
ふ り が な		
医 療 機 関 名		
ふ り が な		
代 表 者 名		
住 所	〒	〒
電 話 番 号		
F a x 番 号		
メールアドレス		
ホームページアドレス		

☐ 辞 退

※ ご担当者の連絡先等を記入願います。

ふりがな		電話番号	
氏 名		メールアドレス	

【送付先／お問い合わせ先】

〒501-1194 岐阜市柳戸 1 番 1

岐阜大学医学部附属病院医療連携センター

電話 058(230)7344 Fax 058(230)7035