

送付先:医療支援センター
(FAX : 0798-45-6002)

兵庫医科大学病院長 宛

武庫川クラブ会員変更届

■登録情報

登録医療機関名	
登録医師名	
登録医番号	

■変更届(変更箇所のみご記入ください。)

ふりがな 医療機関名称			
標榜診療科		重点分野	(例:「糖尿病等」)
所在地			
電話番号		FAX番号	
ホームページの URL			
ふりがな 登録医師名			
E-mailアドレス			
専門とする診療分野			