

岡崎市民病院登録施設変更届

岡崎市民病院登録施設制度要綱に基づ施設の登録内容を変更します。

※ 変更箇所のみ御記入ください。

医療機関名	フリガナ	
	名 称	
	所在地	〒 —
	院長名	
	診療科目	
	電話番号	— —
	FAX番号	— —
	ホームページURL	
	E-mail	
	病床の有無	<input type="checkbox"/> あり 床 <input type="checkbox"/> なし

病院事務処理欄

受付年月日	20 年 月 日
登録年月日	20 年 月 日
登録証発送日	20 年 月 日
Web予約手続き	<input type="checkbox"/> ID と パスワード 発送済み

連絡先：岡崎市民病院地域医療連携室

TEL：0564-66-7410

FAX：0564-25-6720