

岡崎市民病院登録施設取消し届

岡崎市民病院登録施設制度要綱に基づく施設の登録を取消します。

医療 機 関 名	フリガナ	
	名 称	
	所在地	〒 —
	院長名	

病院事務処理欄

受付年月日	20 年 月 日
登録取消年月日	20 年 月 日

連絡先：岡崎市民病院地域医療連携室

TEL：0564-66-7410

FAX：0564-25-6720