

NHO宇都宮病院長 行き

地域医療連携 連携医登録 変更届

郵便番号	—
所在地	
医療機関名	
診療科	
院長名	フリガナ
医師名	フリガナ
医師名	フリガナ
電話番号	
FAX番号	

※ 変更される箇所のみを記入して下さい。

上記のとおり、NHO宇都宮病院の  
連携医登録を変更いたします。

令和 年 月 日

(FAX返信)

FAX番号：028-673-1961

NHO宇都宮病院 地域医療連携室 宛