**病　院　情　報　変　更　届**

〇　変更箇所のみご記入ください。現在の登録情報の確認が必要な場合は、事務局まで

お電話ください。【神奈川県病院協会事務局　電話０４５－２４２－７２２１】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 **（変更年月日　　　　　年　　月　　日）**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **変　　　更** |
| **経営主体** |  |
| **郵便番号** |  |
| **所在地** |  |
| **電話番号** |  |
| **ＦＡＸ番号** |  |
| **開設者** |  |
| **会　　 員　　 名　※** |  |
| **役職** |  |
| ↑※正会員の変更の際は、別途「正会員変更届」も併せてご提出ください。 |
| **看護職（副院長）****・看護（局・部）長名** |  |
| **役　　　　　　　職** |  |
| **事務(局･部)長名** |  |
| **役職** |  |
| **許可病床数** |  |
| **一　　般** |  |
| **療　　養** |  |
| **精　　神** |  |
| **結　　核** |  |
| **感　　染** |  |
| **E-mailアドレス** |  |

**以下は、必ずご記入下さい**

|  |  |
| --- | --- |
| **病　 院　 名** |  |
| **記入者氏名** |  | **所　属** |  |

＊＊提出先：神奈川県病院協会事務局　　Fax(045-231-1794)又はメール senda@k-ha.or.jp ＊＊