

登録内容変更届

年 月 日

旭川医科大学病院長 殿

医療機関名
代表者
(役職・氏名)

印

下記のとおり、医療連携協定の登録内容に変更が生じたため届け出いたします。

【変更内容】

医療連携登録終了届

年 月 日

旭川医科大学病院長 殿

医療機関名
代表者
(役職・氏名)

印

医療連携協定の登録を終了するため届け出いたします。