

奈良県総合医療センター登録医 登録変更及び登録辞退届

◇ 宛先 FAX : 0742-46-7666 ◇

■登録情報

登録医療機関名	
登録医師名	
登録番号	※不明な場合は空欄で可

■変更届

ふりがな 異動先医療機関名			
所在地			
電話番号		FAX 番号	
E-mail アドレス			

* 医療機関情報の変更については様式 2-1、2-2 に記載してください。

■辞退届け

辞退理由	
------	--

【お問合せ】

〒630-8581

奈良市七条西町 2 丁目 897-5

奈良県総合医療センター

TEL 0742-46-6001 (内線 2133)

FAX 0742-46-7666

メールアドレス n-renkei@m3.kcn.ne.jp