

一般社団法人 大阪府慢性期医療協会

会員情報変更届

届出日 年 月 日

*変更のある項目について、変更後の内容をご記入の上、事務局へ FAX かメールにてご提出ください。

1. 会員情報

フリガナ	
法人名	
病院・施設名	

2. 変更内容(変更のある項目のみご記入ください)

代表者名	
担当者名	
部署・役職	
所在地 (郵便番号)	〒 -
所在地 (住所)	
TEL	
FAX	
E-mail	
その他(変更 内容を記入)	

*退会をご希望の場合は、以下にチェックをお入れください。

☐ 退会する

【提出先】 〒561-0814 大阪府豊中市豊南町東1丁目6番1号

医療法人篤友会 坂本病院内 事務局

TEL :06-6332-0131 FAX :06-6332-9838

E-mail:info@oamcf.com