

令和 年 月 日

一般社団法人 大阪府私立病院協会
会 長 加 納 繁 照 あて

病 院 名

会 員 役 職 名

会 員 氏 名 印

変 更 届

下記のとおり を変更いたしますのでお届け致します。

記

1. 変更する期日 年 月 日

2. 変更する内容

変 更 前	[ふりがな]
-------	--------

変 更 後	[ふりがな]
-------	--------