

令和 年 月 日

一般社団法人 大阪府私立病院協会
会 長 生 野 弘 道 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	
-------	--

変 更 後	
-------	--