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

印

|  |  |
| --- | --- |
| 病　院　名 |  |
| 会員役職名 |  |
| 会員氏名 |  |

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〕 |