

(様式5)

石川糖尿病連携医登録事項変更申請書

石川県医師会長 殿

石川糖尿病連携医認定制度における登録事項を変更したいので、下記のとおり申請いたします。

区分	変更	認定番号	1	2	3	4	5	6					
ふりがな	いしかわ たろう												
氏名	石川 太郎 												
性別	<input checked="" type="radio"/> 1. 男 <input type="radio"/> 2. 女	生年月日 (西暦)	1	9	7	1	年	0	1	月	0	1	日
自宅住所	〒920-8580 石川県金沢市鞍月1-1ハイム鞍月602号室												
	TEL	076-225-xxxx					FAX	076-225-xxxx					
勤務先 施設名	鞍月クリニック												
勤務先住所	〒920-8580 石川県金沢市鞍月1-2												
	TEL	076-225-					FAX	076-225-					
電子メール アドレス	h-ishikawa@												
ホームページ掲載	<input checked="" type="radio"/> 承諾する ・ <input type="radio"/> 承諾しない												

<提出先>

〒920-8660

金沢市鞍月東2丁目48番地

石川県医師会事務局

事務局使用欄		
受付日	変更日	認定番号