

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																		
ふりがな																				
氏名	⑩																			
性別	1. 男 2. 女	生年月日 (西暦)								年					月					日
自宅住所	〒																			
	TEL									FAX										
勤務先 施設名																				
勤務先住所	〒																			
	TEL									FAX										
電子メール アドレス																				
ホームページ掲載	承諾する ・ 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

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 石川印		
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	〒 9 2 0 - 8 5 8 0 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	〒 9 2 0 - 8 5 8 0 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="checkbox"/> 承諾する ・ <input type="checkbox"/> 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