様式第２号（第３条関係）

**変　　更　　届**

次のとおり変更を届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 変　更　内　容 | 変更年月日 |
| 病　院　開　設　者  　法人名及び代表者名  　個人の場合は経営者名 | ふりがな |  |
| 病　　　院　　　名 | ふりがな |  |
| 病 院 の 所 在 地 | 〒 |  |
| 電 話 ・ Ｆａｘ | Ｔｅｌ（　　　　　　　　　　）  Ｆａｘ（　　　　　　　　　　） |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |  |
| 病 院 管 理 者 名 | ふりがな |  |
| 許 可 病 床 数 |  |  |
| 診 療 科 目 |  |  |
| 備 考 |  |  |

（注）1　変更事項のみ記入して下さい。

　　　2　会員の変更は、退会届と入会届が必要です。

令和　　年　　月　　日

　公益社団法人福岡県病院協会会長　殿

病院所在地

病　院　名

会員氏名