回復期リハビリテーション病棟協会
FAX：03-5281-8535

変 更 届

都道府県		届 出 日　　年　　月　　日			
病院・施設名				会員番号	
本件の連絡担当者		部署（役職）			
電話番号		FAX番号			

変　更　箇　所（ 変 更 日　　年　　月　　日より ）
□ 病院・施設名　□ 院長 □ 住所・TEL・FAX　□ 連絡責任者（役職・職種もご記入ください） □ その他 （　　） ※ 登録代表者を変更される場合は、「登録代表者変更届」を 会員種別、病棟数、病床数を変更される場合は、「変更申込書」をご使用下さい。

ふりがな 変更前	
ふりがな 変更後	