

返送先 FAX : 03-3320-1426

## 名簿記載内容変更届

会員名簿の記載内容に変更があるため申請いたします。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

※名簿をご確認の上、訂正箇所のみ**楷書**で(数字・アルファベットは**活字体**)でご記入をお願いいたします。

記載項目	訂正前	訂正後内容	掲載
①ふりがな ②氏名			否
③診療所名			否
④住所	(〒 - )	(〒 - )	否
⑤アクセス			否
⑥TEL			否
⑦FAX			否
⑧M a i l			否
⑨U R L			否
⑩標榜科目/専門			否
⑪予約診療/病床数			否
⑫指定医療機関			否
⑬精神科リハビリテーション			否
⑭障害者 総合支援法関連			否
⑮介護保険関連			否
⑯心理カウンセリング			否
⑰在宅医療			否
⑱検査			否
⑲特殊治療			否
⑳外国語対応			否

※⑩以降の記載内容は、名簿の凡例をご参照ください。

※非掲載内容につきましては、右側の「否」に○をお付けください