様式２

**地方独立行政法人栃木県立がんセンター医療連携施設登録内容変更届**

　　　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

病院長　　安藤　二郎　宛

　　　既登録済　医療機関名

　　　既登録済　住　　　所

　　　既登録済　電話番号 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　既登録済　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　ふ　り　が　な

　　　既登録済　施設長氏名

上記の内容の内、以下の内容が下線部の通り変更になりましたので届出いたします。

□　医療機関名　　（変更後）

□　住 　所　　（変更後）

□　電話番号　　（変更後）

□　FAX番号　　（変更後）

□　施設長名　　（変更後）

□　そ の 他

　　　　　　　変更年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　＊がんセンター記入欄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録日 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連携施設№　　　医　・　歯