変更届

変更になった場合は、この用紙に記入いただきFAXにて、必ず事務局までご連絡ください。

病院・施設名	
都道府県名	
変更箇所	※該当するものにチェックをお願いします。（複数可） ☐ 施設名　☐ 代表者名　☐ 代表者役職名 ☐ 住所及び連絡先 ☐ その他（　　）
ふりがな 変更前	
ふりがな 変更後	
変更された日付	H　　年　　月　　日より
備考	

一般社団法人　日本リハビリテーション病院・施設協会

事務局　　〒850-0854　長崎県長崎市銀屋町4番11号　長崎リハビリテーション病院内

TEL　095-811-2077　　FAX　095-811-2078

（2015.6）