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　　〒101-0035　東京都千代田区神田紺屋町14 千代田寿ビル303
TEL 03-6260-8146　FAX 03-6260-8147

（2018.6）