

【送信先】

結 net にしもろ(西諸医師会事務局内) 行 FAX 0984-22-4754

施設情報変更依頼 FAX 送信票

【発信元】

発信日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

所 属: _____ ご記入者: _____

連絡先: _____

施設情報に変更等がある場合は下記にご記入ください。

送信内容: _____

ホームページ更新希望日があればご記入下さい(_____ 年 _____ 月 _____ 日)