【送信先】

　西諸医師会事務局　行　　　　　　　　　　　　　FAX　0984-48-0092

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）