

【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： ざ記入者：

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）