

脳卒中医療連携体制を担う医療機関その他変更届

令和 年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会
鹿児島市部会長 殿

所在地

ふりがな
医療機関名

代表者氏名

電話番号

(記入者氏名)

脳卒中医療連携を担う医療機関の内容（医療機能除く）に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 変更する項目（医療機関名・住所・電話番号）○印をつけてください。

| 変更前 | 変更後 |
|-----|-----|
| | |