

遠隔デジタル検診システム変更届

本用紙の内容に基づき、「遠隔デジタル検診システム」へ医療機関情報の変更を行います。
ご記入後、**053-456-1041**（浜松市医師会）までファックスを送付もしくは、
メールに添付して（hamamatsu@jim-hamamatsu-med.or.jp）お送りください。

医療機関コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(数字7桁)
医療機関名		
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____	
電話番号		
F A X 番号		
部 署		ご担当者名 様

旧医療機関コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(数字7桁)
----------	---	--------

●備考

--

※変更を受理後、事務局にてマスター変更を行います。処理が完了しましたらご連絡を致しますので、それまでは検診表、画像の送付をしないようお願い申し上げます。