**認定病院患者安全推進協議会　窓口ご担当者　登録内容変更届**

 **当院は、下記の通り窓口担当者の登録内容について、変更を依頼します。**

✍　変更のある項目について、ご記入の上、電子メールに添付してお送り下さい。

記入日\*：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **現在のご登録内容** | **変更後** |
| 窓口ご担当者氏名 | （フリガナ） |  |
|  |  |
| 窓口ご担当者所属・役職 |  |  |
| 窓口ご担当者メールアドレス |  |  |
| 窓口ご担当者電話番号 | 内線（ ） | 内線（ ） |
| 窓口ご担当者FAX番号 |  |  |

|  |
| --- |
| ご記入いただいた方について（\*のついた項目は必須です） |
| 病院名\* |  |
| 氏名\* | （フリガナ） |  |
|  |  |
| 部署・役職\* |  |
| 連絡先(直通) \* | 電話 |  | FAX |  |
| ご要望 |  |