

# 【認定研修施設 名称変更届】

認定番号	
認定研修施設名	

以下の項目1~5をすべて記入してください。本届受領後、認定研修施設の再審査となる場合はご連絡いたします。

## 1. 新名称

新施設名	
新施設名ふりがな	
病院長名	
名称変更日	年 月 日 より変更

## 2. 他病院との統合・分割等（該当するものにチェックを付けてください）

<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり（以下に記載ください）	
<input type="checkbox"/> 統合・合併 <input type="checkbox"/> 分割	
他病院名	

## 3. 移転（どちらかにチェックを付けてください）

<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり（以下に記載ください）	
新住所	〒

## 4. 経営母体変更

<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 独立行政法人化	
<input type="checkbox"/> あり（以下に記載ください）	
新経営母体名	
旧経営母体名	
診療体制の変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

## 5. 問い合わせ先（再審査となる場合、ご記入いただいた方に連絡いたします。）

所属	
担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

年 月 日

病院長氏名 \_\_\_\_\_ 印

※公印を捺印ください。

本届送付先：日本がん治療認定医機構 資格審査委員会  
〒160-0016 東京都新宿区信濃町35  
(一財) 国際医学情報センター内

本機構使用欄	再審査 要 ・ 不要
--------	------------