

# 【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<br><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 |
|--------|------------|