**中華民國區域醫院協會**

 **年度會員代表暨聯絡人異動**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **團體名稱** |  | **院　長** |  |

|  |
| --- |
| **代表人(一)** |
| **姓　　名** |  | **職　　稱** |  |
| **電　　話** |  | **傳　　真** |  |
| **手　　機** |  | E-Mail |  |
| **代表人(二)** |
| **姓　　名** |  | **職　　稱** |  |
| **電　　話** |  | **傳　　真** |  |
| **手　　機** |  | E-Mail |  |
| **主要窗口** |
| **姓　　名** |  | **職　　稱** |  |
| **電　　話** |  | **傳　　真** |  |
| **手　　機** |  | E-Mail |  |
| **次要窗口** |
| **姓　　名** |  | **職　　稱** |  |
| **電　　話** |  | **傳　　真** |  |
| **手　　機** |  | E-Mail |  |

※若會員醫院代表人有異動，敬請務必先行來電告知本會後，再來函更改。

 協會電話：(02)2742-3636　　　　E-mail：rha89106@gmail.com

※貴院主要窗口為本會聯絡所有事項之橋梁，為使協會最新資訊即時敬達　貴院院長及相關承辦單位，故請協助詳實填寫此表單資料**。**未來亦請貴院窗口針對本會所詢案件，積極配合收發郵件惠復本會。