

被爆者一般疾病医療機関変更届

令和 年 月 日

千葉県知事

様

開設者の住所 (法人の場合は、事務所の所在地)	〒
開設者の氏名 (法人の場合は、名称及び代表者名)	

下記のとおり申請事項に変更があったので、届け出ます。

記

医療機関の名称		
医療機関の所在地		〒
変更事項	変更前	
	変更後	
変更理由		
変更年月日		年 月 日
本件に関する 問い合わせ先		担当者名 電話番号

*この変更届に指定書を添付してご提出ください。

◎複数の医療機関を開設している開設者の氏名（または名称）あるいは住所（または所在地）に変更があった場合には、医療機関ごとに変更届を提出してください。