**千葉県肝疾患対策に係る専門・指定医療機関の変更届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　千　葉　県　知　事　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　下記のとおり変更が生じましたので、届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
| 医療機関名 |  |  |
| 住　　　　　所 | 〒　　　－ | 〒　　　－ |
| 電　話　番　号 | ―（　　　　）― | ―（　　　　）― |
| 所属する専門医又は研修を受けた医師 |  |  |
| 変　更　事　由 |  |
| 変更年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　　 |

**※１　変更後欄は変更があるものについて記載してください。**

**２　提出先は「健康福祉部疾病対策課難病審査班」までお願いします。**