

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		
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。