

(様式第7)

肝炎治療指定医療機関変更届

平成 年 月 日

岩手県知事 様

病院若しくは診療所又は薬局の所在地
(連絡先)
開設者氏名

印

岩手県肝炎治療特別促進事業実施要綱第12の規定により、申請した事項に変更が生じたので、次のとおり提出します。

変	名 称	新	
		旧	
更	所 在 地	新	
		旧	
事	開設者の氏名	新	
		旧	
項	開設者の住所	新	
		旧	
変更年月日			

保健所等 記入欄	特記事項					受付印
	変更届	押印確認				