

記入例

※ 生活保護法指定
中国残留邦人等支援法

※ 医療機関
介護機関
助産師
施術者

※ 開設者
管理者

変更届書

いない部分は線を引く

次のとおり変更しましたので届け出ます。

保険医療機関コード

指定医療機関等	番 号		1 1 1 2 2 2 . 3
	名称（氏名）		〇〇病院
	所在地（住所）		〒 7 8 0 - 8 5 7 0 高知市丸ノ内一丁目 2 - 2 0 ☎ (0 8 8) 8 2 3 - 9 6 2 4
変更事項	旧	氏名（名称）	県庁 花子
		生年月日	昭和 3 0 年 1 月 1 日
		住所 （所在地）	高知市丸ノ内一丁目〇〇-〇〇
	新	氏名（名称）	県庁 花男
		生年月日	昭和 6 0 年 1 月 1 日
		住所 （所在地）	高知市丸ノ内一丁目◆◆-◆◆
変 更 年 月 日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
委託患者等の措置状況			

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

高 知 県 知 事 様

開設者が法人の場合は、法人の所在地、法人の名称、代表者の職・氏名を記載してください

〒 7 8 0 - 8 5 7 0

住 所 高知市丸ノ内一丁目 2 - 2 0

届出者

氏 名 医療法人 〇〇

理事長 県庁 花男