神奈川県風しん抗体検査事業　協力医療機関

変更申出書

年　　月　　日

神奈川県医師会長　殿

医療機関名

代表者名

医療機関情報について、変更事項が発生しましたので、申し出いたします。

【変更前】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 代表者名 |  |  |
| 住　　　所 | 〒 | 電話番号 |  |  |

【変更後】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 代表者名 |  |  |
| 住　　　所 | 〒 | 電話番号 |  |  |
| 変更年月日 | 　　　　年　　　　　月　　　　　日 |