　　　　年　　月　　日

神奈川県知事　　　殿

医療機関等の

　　　　　　　　　　　　　　 　名称

医療機関等の　　　　郵便番号〒

所在地

　　　　　　　　　　　　　 　　医療機関等の

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等コード |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　 　法人名称

代表者の職名及び氏名

　　（個人開設の場合、開設者氏名）

先天性血液凝固因子障害等医療給付実施要綱に基づく契約における変更について

年　　月　　日付契約に関し、次のとおり〔名称・所在地・代表者〕に変更がありましたので申し出ます。

　　＜新＞

　　＜旧＞