

(第6号様式)

肝臓専門医療機関変更届

年 月 日

神奈川県知事 様

開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の職氏名）

住 所

名 称

（職）氏名

電 話

肝臓専門医療機関の情報に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

1 変更年月日 年 月 日

2 指定を受けている医療機関名 \_\_\_\_\_

3 変更内容

※ 変更のあった項目についてのみ変更前及び変更後の内容を記載してください。

項 目	変 更 内 容	
	変更後	変更前
医療機関名		
医療機関の 所在地		
医療機関の 連絡先電話番号		

4 変更理由

\_\_\_\_\_

(この変更届の内容に関する問合せ先)

担当部署（課）名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_