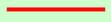


記入例

不要な事項を  で消してください。

生活保護法等指定 ※

医 療 機 関
介 護 機 関
助 産 師 者
施 術 者

 ※

名 称
所 在 地
そ の 他

 変更届書

次のとおり変更しましたので届け出ます。

医療機関は7桁、介護機関は10桁の指定医療機関等番号を記入してください。助産師・施術者については未記入で問題ありません。

指 定 医 療 機 関 等	番 号		
	名 称 (氏 名)	例) 郡山〇〇〇クリニック	略称等を用いる事なく、正式な名称を記入してください。
	所 在 地 (住 所)	例) 郡山市〇〇字△△1111	
変 更 事 項	旧	例) 管理者 郡山 太郎	変更前の事項を記入ください。
	新	例) 管理者 郡山 がくと	変更後の事項を記入ください。
	変 更 年 月 日	年 月 日	変更日を記入ください。
委 託 患 者 等 の 措 置 状 況			

年 月 日

郡 山 市 長

住 所 ^T

届 出 者

氏 名

申請者（開設者）が法人の場合は、住所欄に法人の主たる事務所の所在地を、氏名欄には法人名及び代表者の職、氏名を記入してください。

※ 印鑑等の押印は必要ありません。

法人の例 : 〇〇法人□□会 理事長 郡山 太郎

個人の例 : 郡山 太郎