**埼玉県肝炎治療特別促進事業指定医療機関変更届出書**

　　　年　　　月　　　日

（宛先）

埼 玉 県 知 事

医療機関開設者住所　　〒　　　　　－

医療機関開設者氏名

埼玉県肝炎治療特別促進事業指定医療機関指定申請事項について下記のとおり変更しましたので届け出ます。　　　　（　変更年月日　　：　　　　　　　年　　　月　　　日　）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等種別  (該当するものに○) | １　病院 　　　　　　 ２　診療所  　　　　３　法人薬局　　　　　４　個人薬局 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 変更前 | | | | | | | 変更後 | | | | | | |
| 開 　設 　者 | 所在地及び  電話番号 | 〒　　　－  　　　　　（　　　） | | | | | | | 〒　　　－  　　　　　（　　　） | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 医 療 機 関 | 所在地及び  電話番号 | 〒　　　－  （　　　） | | | | | | | 〒　　　－  　　　　　（　　　） | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |