

(別紙様式1の2)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関変更届出書

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関の所在地等 郵便番号
所在地
電話番号

医療機関の名称

医療機関の開設者

住所(法人の場合は、法人の住所)

氏名(法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名)

次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

1. 変更事項	(該当する番号を で囲むこと) 1 医療機関の名称 2 医療機関の所在地 3 連絡先 4 医療機関コード 5 開設者住所 6 開設者氏名 7 医師 8 その他 ()
	(変更前)
	(変更後)
2. 添付書類	変更内容を確認できる書類(写し可)
3. 備考	

必要に応じて、別に添付書類を求めることがあります。