様式第４号

地域密着リハビリテーションセンター申請事項変更届

年　　月　　日

　熊本県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等開設者所在地

　　　　　　　　　　　 　　　医療機関等開設者氏名

　　　　年　　月　　日付け認地第　　号により指定を受けた地域密着リハビリテーションセンターについては、申請事項に変更が生じましたので、地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項第６に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | | |  |
| 所在地 | | | 〒 |
| 変更事項 | | |  |
| 変更内容 | | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　日 |
| 変更理由 | | |  |
| 連絡先 | 電話番号 | |  |
| FAX番号 | |  |
| 担当者 | | （職種）　　　　　　　　（氏名） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  |