（様式３）

　　年　　月　　日

　熊本県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

**肝疾患専門医療機関変更届**

　下記のとおり、変更の届出をします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |

■変更が生じた日　　　　　　　年　　月　　日

■変更が生じた理由