

医療機関の所在地等 郵便番号 〒 8 6 2 - 8 5 7 0
所 在 地 熊本県熊本市中央区水前寺 6 丁目 1 8 番 1 号
電話番号 0 9 6 - 3 8 3 - 1 1 1 1

○△□クリニック

熊本県熊本市中央区水前寺6丁目1番1号

印

熊本県肝炎公費負担医療指定医療機関等変更届出書

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 所在地	3 連絡先
	4 診断書作成医師	5 医療機関コード	6 代表者氏名
	7 その他（ ）		
	（変更前） 県庁クリニック		
	（変更後） ○△□クリニック		
2. 備考			

※ 診断書作成医師を変更する場合は、日本肝臓学会専門医又は熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会肝臓病認定医証の写しを添付すること。