

(別紙様式 4の2)

平成 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)

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)
	(変更後)
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。