

年 月 日

(提出先)

足立区足立保健所長

指定医療機関の指定番号

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関の開設者住所
(法人の場合は、法人の住所)

指定医療機関の開設者氏名
(法人の場合は、法人の名称)

指 定 医 療 機 関 変 更 届

年 月 日付けで指定された医療機関に 年 月 日に変更があった
ので届け出ます。

変 更 事 項

新

旧

参考事項