

被爆者一般疾病医療機関指定事項変更届出書

被爆者一般疾病医療機関の指定事項を下記のとおり変更したので届け出ます。

記

変 更 事 項		変 更 年 月 日
新	旧	

令和 年 月 日

石川県知事

様

指定医療機関 所在地

名 称

電話番号

医療機関コード

開 設 者 住 所

氏 名

注意事項：「所在地」は番地まで正確に記載ください。

前回指定時に交付された「指定書」の写しをなるべく添付してください。