協定指定医療機関変更届出書

令和　年　月　日

大分県知事　佐藤　樹一郎　様

【医療機関】

医療機関名

保険医療機関番号

開設者住所

開設者法人名・職・氏名

担当者

所属・氏名

電話番号

e-mail

下記のとおり変更を届け出ます。

記

１　変更日

２　変更内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
| （医療機関名称）  （所在地） | （医療機関名称）  （所在地） |