様式第８号（第７関係）

肝炎治療指定医療機関等変更届出書

年　　月　　日

広島県知事様

所在地（法人であるときは，主たる事務所の所在地）

〒　　　　－

電話番号（　　　　）

開設者氏名（法人であるときは，名称及び代表者の氏名）

次のとおり変更があったので，届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　指定医療機関  等の名称及び  所在地 | （名称） |
| （所在地）  〒　　　　－  電話番号 (　　　) |
| ２　変更事項 | （※該当する番号を○で囲むこと。）  １ 指定医療機関等の名称　　　２ 所在地　　　３ 連絡先　　　４ 医師  ５ 診療科目　　　６ 指定医療機関の要件　　　７ 医療機関等コード  ８ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （変更前） |
| （変更後） |
| ３　備考 |  |

※　指定医療機関等の名称又は所在地の変更の場合は，指定証の原本を添付すること。

※　指定証を紛失している場合は，「３　備考」の欄に「指定証紛失」と記入すること。