

様式第 1 1 1 号

被爆者一般疾病医療機関申請事項変更届  
(開設者名に変更があるときは、辞退届及び新規申請をして下さい。)

平成 年 月 日

奈良県知事 殿

開設者住所 〒 - TEL - -

-----  
(法人の場合、所在地)

開設者氏名

----- 印  
(法人の場合、名称及び代表者名)

下記のとおり、変更がありましたのでお届けします。

記

| 指定年月日及び番号  | 平成 年 月 日 第 号    |
|--|-----------------|
| 病院・診療所・調剤薬局・<br>指定居宅サービス事業所の名称<br>(名称変更の場合は変更後の名称) | (フリガナ)<br>----- |
| 保健医療指定機関番号   |                 |
| 変更事項 1   | 変更前             |
|  | 変更後             |
| 変更事項 2   | 変更前             |
|  | 変更後             |
| 変更理由   |                 |
| 変更年月日  | 平成 年 月 日        |