

様式第144号

被爆者一般疾病医療機関申請事項変更届

(保健医療指定機関番号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・ 指定居宅サービス事業所の名称 (名称変更の場合は変更後の名称)	(フリガナ)
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

※ただし、指定居宅サービス事業所は訪問看護を行うものに限る。