

# 指定医療機関変更届

年 月 日指定された医療機関に下記のとおり変更があったので、届け出します。

変更事項

(新)

(旧)

令和 年 月 日

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関の開設者住所

(法人の場合は、法人の住所)

指定医療機関の開設者氏名

(法人の場合は、法人の名称)

柏市長 あて

※ 「医療機関指定書」(紛失した場合は紛失届)を添付すること。