　　　　　　　　　　　　※　医療機関　※　名　称

　　　　生活保護法指定　　　介護機関　　　所在地　　　変更届書

　　　　　　　　　　助 産 師　　　その他

　　　　　　　　　　施 術 者

令和　　年　　月　　日

　　山口県知事　　様

申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　次のとおり変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指  定  医  療  機  関  等 | 番　　号 |  |
| 名　　称  （氏　　名） |  |
| 所 在 地  （住　所） |  |
| 変  更  事  項 | 旧 |  |
| 新 |  |
| 変更年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 委託患者の  措置状況 | |  |