

(様式第2号)

## 高知県肝疾患専門医療機関変更届

平成 年 月 日

高 知 県 知 事 殿

(〒 )

所 在 地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、認定要件に係る事項の変更を届出します。

記

認 定 年 月 日	年 月 日	
変 更 事 項	変更前	変更後
変 更 年 月 日	年 月 日	
備 考		