

(様式第 7)

## 肝炎治療指定医療機関変更届

令和 年 月 日

岩手県知事 様

開設者の住所  
(連絡先)  
開設者氏名

印

医療機関の名称

岩手県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 12 の規定により、申請した事項に変更が生じたので、次のとおり提出します。

変	名 称	新	
		旧	
更	所 在 地	新	
		旧	
事	開設者の氏名	新	
		旧	
項	開設者の住所	新	
		旧	
変更年月日			

※医療機関コードの変更がある場合は、変更届によらず、旧コード医療機関としての辞退届と、新コード医療機関としての指定申請が必要です。

保健所等 記入欄	特記事項					受付印
	変更届	押印確認				