

令和 年 月 日

大分県知事 殿

(指定医療機関開設者) 住 所

氏 名

電話番号

被爆者一般疾病医療機関（薬局）変更届

下記のとおり _____ に変更があったのでお届けします。

医療機関の名称		
所在地		
変更年月日		
変更事項	変更内容	
	変更前	
	変更後	
変更事由		

※本届出は、申請時届出事項の変更がある時のみの提出で結構です。

※医療機関コードが変更になる場合は「変更」ではなく、「辞退」のうえ、新たに「申請」してください。