

様式第 15 号（規格 A 4）（第 14 条関係）

指定自立支援医療機関変更届出書

年 月 日

群馬県知事 あて

医療機関の名称

所在地

開設者の氏名又は名称

障害者総合支援法第 64 条の規定により指定を受けた内容を次のとおり変更しましたので届け出ます。

担当する医療の種類		
変更事項	変更前	
	変更後	
変更年月日	年 月 日	
変更事由		