

群馬県肝炎治療費等助成事業治療医療機関

登録内容変更届

令和 年 月 日

群馬県健康福祉部

感染症・がん疾病対策課長 あて

申請者 (開設者)

住 所 (所在地)

代表者

下記のとおり登録内容に変更が生じたので、群馬県肝炎治療費等助成事業治療医療機関登録要領に則り届け出ます。

記

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|
| 施設名 | | |
| 変更年月日 | | 令和 年 月 日 |
| 変更事項 | | |
| 1 医療機関の名称 2 医療機関の所在地 3 開設者住所(※1) 4 開設者氏名(※2) ※ 変更内容に○をつける | 変 更 前 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | 変 更 後 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 備考 | | |

(※1) 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地

(※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名