（様式第３号）

群馬県アレルギー疾患医療拠点・連携病院指定事項変更届

　　　年　　　月　　　日

　群馬県知事

病院所在地

病院名称

代表者職名・氏名　　　　　　　　　　　（印）

群馬県アレルギー疾患医療拠点・連携病院の指定事項の変更について

群馬県アレルギー疾患医療提供体制整備等実施要綱第９条の規定により、下記のとおり、群馬県アレルギー疾患医療拠点・連携病院の指定事項変更を届出ます。

記

１　変更事項

(１)　変更後の内容

(２)　変更前の内容

２　変更年月日　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（指定年月日　　　　　　年　　　月　　　日）

３　変更の理由