|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **被爆者一般疾病医療機関** | **所在地・名称****開設者住所・氏名** | **変更届** |

　　　　年　　　月　　　日

㊹

大　阪　府　知　事　　様

開設者住所

(法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者氏名

(法人の場合は名称及び代表者の役職・氏名)

下記のとおり変更となりましたのでお届けします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被爆者一般疾病医療機関 | 名　　　称 |  |
| 保険医療機関番号　（保険薬局番号） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 所　在　地 | 〒　　　　－　　　　　　ＴＥＬ（　　　　　）　　　　　－　　　　　 |
| 変更事項 | 変更前 |  |
| 保険医療機関番号　（保険薬局番号） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 変更後 | 　 |
| 保険医療機関番号　（保険薬局番号） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 変更年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 備考 |  |

　※保健医療機関番号が変わる場合は、新規での指定申請が必要です。