

契約変更届

令和      年      月      日

大阪府知事 様

下記のとおり変更がありましたので届け出ます

変更項目	変 更 前	変 更 後
契約者名(乙)		
医療機関名 薬局名		
所在地		
電話番号		

変更年月日	
-------	--

担当者	氏名:
	連絡先担当課名:
	連絡先電話番号:

※変更となった事項について記入してください。  
不要な欄は、斜線(／)を引いてください。

〒540-8570 大阪市中央区大手前2-1-22  
大阪府健康医療部 健康推進室  
健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ  
TEL 06-6941-0351(内線2592)  
FAX 06-6944-7262