

肝炎治療費助成事業委託医療機関等変更届

年 月 日

茨城県知事 殿

(〒 -)

開設者 住 所

氏 名

電話番号 () -

次のとおり変更となりますので届けます。

委託 医療 機関 等	名 称	
	所在地	
変 更 事 項	旧 【医療機関コード】	【 】
	新 【医療機関コード】	【 】
変 更 年 月 日		
変 更 の 理 由		
備 考		