

記入例

生活保護法
中国残留邦人等支援法

指定医療機関 変更届出書

八王子市

医療機関名	医療法人社団△△会 ○○クリニック		医療機関・薬局 ・ステーション コード(7けた)	○○○○○○○
医療機関所在地	東京都○○市○○○ 0-○○-○			
変更内容			変更年月日	
名称	変更前	医療法人社団△△会 ●●クリニック		令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
	フリガナ	イリョウホウジンシャダン△△カイ ○○クリニック		
名称	変更後	医療法人社団△△会 ○○クリニック		令和 年 月 日
	フリガナ			
開設者	変更前	氏名	明 大 昭 平	令和 年 月 日
		住所	〒 -	
開設者	変更後	氏名	明 大 昭 平	令和 年 月 日
		住所	〒 -	
管理薬剤師	変更前	氏名	明 大 昭 平	令和 年 月 日
		住所	〒 -	
管理薬剤師	変更後	氏名	明 大 昭 平	令和 年 月 日
		住所	〒 -	
その他	変更前			令和 年 月 日
	変更後			

上記のとおり届け出ます。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

八王子市長 殿

提出年月日を記載してください。

＜申請者(開設者)の氏名及び住所＞

(法人の場合は、法人名称及び所在地)

〒 000-0000

東京都○○市○○○ 0-○○-○

住所

シャチハタは使用しないでください。
法人の場合は法人印を押印してください。

医療法人社団△△会

印

氏名

※法人の場合は法人の名称及び法人印

担当者連絡先 TEL (○○○) 000 - 0000 担当者名 △△