様式第10号

**福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関変更届出書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変  更  内  容 | 医療機関 | 名 称 | □ |  | |
| 種　類 | □ |  | |
| 指定区分 | □ |  | |
| 所 在 地 | □ | 〒　　　－  （電話番号：　　　 　　　　　　　　　　　 ） | |
| 医療機関コード | □ |  | |
| 開 設 者 | 住所 | □ | 〒　　－ | |
| 氏名又は名称 | □ |  | |
| 変　更　年　月　日 | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 上記のとおり、福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領第10条第2項の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため、届出を行います。  　　　　年　　月　　日    開　　設　　者  住　　　　　所  氏名又は名称    福岡県知事　殿  ※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。  ※ 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地を、  開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名を  記載すること。 | | | | | |
| （保健所収受印） |