年　　月　　日

　秋田県知事　あて

開設者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

|  |
| --- |
|  |

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 印 |

**「肝炎治療特別促進事業」及び「ウイルス性肝炎患者等**

**重症化予防推進事業」に係る医療機関の指定変更届**

　標記について、次のとおり届け出ます。

|  |
| --- |
|  |

１　医療機関所在地

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　名　称

|  |
| --- |
|  |

電話番号

|  |
| --- |
|  |

２　変　更　事　項

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　変更前

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　変更後

|  |
| --- |
|  |

　３　変　更　理　由

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日 |

　４　変 更 年 月 日