（別紙様式８-２）

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月　　日  指定医療機関変更届  　愛媛県知事　　　様  指定医療機関  所在地  名　称  指定医療機関開設者  住　所  氏　名  愛媛県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の取扱い第７⑸の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。  　　　　　　　　　　　　　　　　記 | |
| 変更した事項 | 指定医療機関　　１　名　称  〃　開設者　　２　住　所　　３　氏　名  （該当番号を○で囲む） |
| 変 更 前 |  |
| 変 更 後 |  |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 備　　考 |  |