（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 |  |