

特定疾患治療研究事業医療機関変更届

年 月 日

京都府知事 様

(〒)

医療機関の所在地

医療機関の名称
及び医療機関コード

(〒)

開設者の住所
(法人の場合は所在地)

(電話番号 - -)

開設者の氏名
(法人の場合は名称及び代表者)

特定疾患治療研究事業に係る指定医療機関について次のとおりお届けします。

記

変更事項		名称・所在地・開設者の氏名 その他 ()
変更内容	新	
	旧	
変更年月日		
変更理由		