

先天性血液凝固因子障害等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)

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に係る指定医療機関について次のとおり届け出ます。

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		