

様式 3

指定自立支援医療機関指定内容変更届 年 月 日 西 宮 市 長 様 医療機関名 所 在 地 開 設 者 住 所 指定自立支援医療機関の指定内容について、下記のとおり変更しましたので届け出ます。 記		
変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
[変更年月日]		

※ 「主として担当する医師又は歯科医師」又は「主として担当する薬剤師」を変更する場合は、「経歴書（別紙1）」及び免許証の写し他必要書類を添付すること。