

変更届

年 月 日

一般社団法人高知県医師会長 様

医療機関所在地

電話番号

医療機関名

開設者名又は管理者名

年 月 日付けで提出しました委任状の医療機関名等に変更がありましたので、高知県・高知市風しん抗体検査事業委託契約書第3条第2項の規定により次のとおり届け出ます。

1 医療機関の名称の変更

変更前

変更後

2 医療機関の所在地の変更

変更前

変更後