

変更届

令和 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

印

令和 年 月 日付けで提出しました委任状の変更がありましたので、風しん第5期に係る高知県広域化予防接種委託契約書第3条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

医療機関の名称、所在地、開設者名の変更

変更前

変更後