

(様式第11号)

年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関変更届

福井県知事 様

開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者の氏名 (法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関の届出事項に変更が生じたので、届け出ます。

記

医療機関	名称	電話 ( )					
	種類	病院 ・ 診療所 (有床)					
	所在地						
	医療機関コード						
変更事項 ( )	旧						
	新						
変更年月日		年 月 日					