

(様式3)

年 月 日

愛知県B型・C型肝炎患者医療給付事業指定医療機関変更届出書

愛 知 県 知 事 殿

名 称

代表者氏名

所 在 地

電 話 番 号

メールアドレス

愛知県B型・C型肝炎患者医療給付事業における指定医療機関の指定内容に変更が生じたので、届け出ます。

1 変更事項

変更前	変更後

2 変更年月日

年 月 日

3 変更理由