**生活保護法**

様式第３号

**中国残留邦人等支援法　指定医療機関　変更届出書**

　　　　　年　　月　　日

（あて先）川口市長

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（開設者）（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職名、氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　住所 　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　(担当者 　　　　　　電話（　　　　）　　　－　　　　　）

以下のとおり届出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更内容 | 変更年月日 |
| 医療機関 | 変更前 | 名称 |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 変更後 | 名称 |  |
| 住所 | 〒 |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 | 　　　　　※法人の場合は法人名称 | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ 年 月 日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　※法人の場合は主たる事務所の所在地 |
| 変更後 | 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ 年 月 日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 変更後 | 氏名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ 年 月 日 |
| 住所 | 〒 |
| その他 | 変更前 |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 変更後 |  |