

様式3

<p>指定自立支援医療機関指定内容変更届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>西 宮 市 長 様</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 所 在 地 開 設 者 住 所</p> <p>指定自立支援医療機関の指定内容について、下記のとおり変更しましたので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">記</p>		
変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
[変更年月日]		

※ 「主として担当する医師又は歯科医師」又は「主として担当する薬剤師」を変更する場合は、「経歴書（別紙1）」及び免許証の写し他必要書類を添付すること。