

年 月 日

東京都知事 殿

開設者等の住所

(法人の場合は、所在地)

開設者等の氏名

印

(法人の場合は、名称及び代表者名)

被爆者一般疾病医療機関申請事項変更届

下記のとおり申請事項に変更があったので、届け出ます。

記

医療機関等の名称		電話番号 ()
医療機関等の所在地	(郵便番号 —)	
指定年月日及び指定番号	年 月 日	第 号
変更年月日	年 月 日	
変更事項 1	変更前	
	変更後	
変更事項 2	変更前	
	変更後	
変更理由		