

年 月 日

### 指定医療機関変更届

愛媛県知事 様

指定医療機関  
所在地  
名 称

指定医療機関開設者  
住 所  
氏 名

愛媛県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の取扱い第7(5)の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

変更した事項	指定医療機関 1 名 称 〃 開設者 2 住 所 3 氏 名 (該当番号を○で囲む)
変 更 前	
変 更 後	
変 更 年 月 日	年 月 日
備 考	