

様式第9号

年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関変更届

滋賀県知事 様

医療機関名称
開設者氏名
所在地
連絡先電話番号

指定医療機関届出の内容に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

記

1 変更事項
(変更前) (変更後)

2 変更年月日
年 月 日

3 変更の生じた理由