様式第２号

年　　　月　　　日

救　　急　　医　　療　　協　　力　　病　　院

申出事項変更届出書

救急医療協力診療所

茨城県知事　　　　　　　　　　　殿

開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては主たる

事務所の所在地

氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、その名称

及　び　代　　表　　者　　の　　職　　・　　氏　　名

救急医療協力病院・診療所として救急業務に協力する旨申し出た事項に変更があったので、下記のとおり届け出ます。

記

