

番 号
年 月 日

茨城県知事 殿
(保健医療部健康推進課扱い)

医療機関所在地
医療機関名
代表者名
電話

肝疾患専門医療機関変更届

下記のとおり、変更の届出をします。

記

登録年月日		年 月 日	
変更事項	事項	変更前	変更後
変更年月日		年 月 日	
備考			