様式７

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定自立支援医療機関指定内容変更届  　　年　　月　　日  　　明 石 市 長 様  医療機関名  所在地  開設者  住　所  　　指定自立支援医療機関の指定内容について、下記のとおり変更しましたので届け  　出ます。  記 | | |
| 変 更 事 項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |  |

※　「主として担当する医師又は歯科医師」又は「主として担当する薬剤師」を変更する　場合は、「経歴書（別紙１）」及び免許証の写し他必要書類を添付すること。