

# 変更申出書

年 月 日

山口県知事 様

所在地	〒	
	住所	
	電話番号	
フリガナ 医療機関名		
代表者名 ※法人にあつては法人名・及び代表者名		

下記のとおり山口県が実施する肝炎治療特別促進事業に係る変更事項がありましたので、申し出をします。

## 記

変更項目	変更前	変更後
所在地	〒  電話 ( )	〒  電話 ( )
フリガナ 医療機関名		
代表者名 ※法人にあつては法人名・及び代表者名		
医療機関コード		
変更年月日	年 月 日	

※ 医療機関コードの欄については、左3桁を空けて、右7桁に記入してください。