

# 変 更 届

年 月 日

(あて先)

埼玉県知事 大野 元裕

住 所 \_\_\_\_\_

医療機関等名 \_\_\_\_\_

代表者職・氏名 \_\_\_\_\_

(医療機関代表者と契約締結者が異なる場合は、下記も御記入ください)

契約締結者法人名 \_\_\_\_\_

契約締結者職・氏名 \_\_\_\_\_

当医療機関は、 年 月 日付けで締結した新生児聴覚スクリーニング検査業務委託契約に関する事項について、下記のとおり変更したので届け出ます。

## 記

1 変更年月日： 年 月 日

2 変更事項

※ 変更となった事項のみ御記入ください。

事 項	変 更 前	変 更 後
医療機関の所在地	〒 ー	〒 ー
医療機関名称		
代表者職氏名		
契約印鑑		
電話番号		
その他		

事務担当者	所属：	氏名：
	電話番号：	メールアドレス：