

(様式2)

令和 年 月 日

患者さんのための3つの宣言実践医療機関
登録事項変更届

埼玉県知事 様

(ふりがな)
医療機関名称

所在地
〒

(ふりがな)
代表者 役職名・氏名

患者さんのための3つの宣言を行い、登録を受けた下記の事項について変更を届け出ます。

変更した事項：

変更前	
変更後	

(登録医療機関連絡先)

担当者	所属	電話
	ふりがな 氏名	FAX
電子メールアドレス	(代表・個人の別)	