年 月 日

地方公務員災害補償基金 神奈川県支部長 殿

指　定　医　療　機　関　変　更　届

　　　　　　年　　　月　　　日付けで下記のとおり変更しました。

（変更前）

（変更後）

　　　　　　　　　　　　　　　〒

所 在 地

名　　称

医療機関の　　代 表 者（職・氏名）

電話番号

担 当 者