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)

〒

医療機関の	所在地	_____
	名 称	_____
	代 表 者 (職・氏名)	_____
	電 話 番 号	_____
	担 当 者	_____