

様式 3

<p>指定自立支援医療機関指定内容変更届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>尼 崎 市 長 あて</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 所在地</p> <p style="text-align: center;">開設者 住 所 氏名又は名称 (代表者)</p> <p>指定自立支援医療機関の指定内容について、下記のとおり変更しましたので届け 出ます。</p> <p style="text-align: center;">記</p>		
変 更 事 項	変 更 前	変 更 後

※ 「主として担当する医師又は歯科医師」又は「主として担当する薬剤師」を変更する場合は、「経歴書（別紙 1）」及び免許証の写し他必要書類を添付すること。