様式第９号

年　　月　　日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関変更届

滋賀県知事　様

医療機関名称

開設者氏名

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

指定医療機関届出の内容に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

記

１ 変更事項

（変更前）　　　　　　　　　　　　（変更後）

２ 変更年月日

 　　　　年　　月　　日

３ 変更の生じた理由