

先進医療に係る変更届出書

| | | |
|---------------------|-------------------------|--------|
| ※1 受理年月日 | | |
| 実施している 先進医療技術の名称 | | |
| 管理者氏名 | | |
| 実施責任医師 | 所属部署 及び役職 | |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 FAX番号 (Eメール) | (Eメール) |
| 事務担当者 | 所属部署 及び役職 | |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 FAX番号 (Eメール) | (Eメール) |

上記のとおり、別紙書類を添えて、届出を行います。

平成 年 月 日 医療機関の所在地
医療機関の名称

開設者氏名

印

厚生労働大臣 殿

注) ※1欄には、記入しないこと。

先進医療に係る変更届出書

| | | |
|---------------------|-------------------------|--------|
| ※1 受理年月日 | | |
| 実施している 先進医療技術の名称 | | |
| 管理者氏名 | | |
| 実施責任医師 | 所属部署 及び役職 | |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 FAX番号 (Eメール) | (Eメール) |
| 事務担当者 | 所属部署 及び役職 | |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 FAX番号 (Eメール) | (Eメール) |

上記のとおり、別紙書類を添えて、届出を行います。

平成 年 月 日 医療機関の所在地
医療機関の名称

開設者氏名

印

地方厚生（支）局長 殿

注) ※1欄には、記入しないこと。