

別記第18号様式(第17条関係)

医 療 機 関 変 更 届

年 月 日

池袋保健所長

住 所

患者(保護者)氏 名

この度、下記のとおり変更したので、届け出ます。

記

新医療機関

名 称

所 在 地

旧医療機関

名 称

所 在 地

公費負担者番号										患者氏名	
公費負担医療の 受給者番号											
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで										

(日本工業規格A列4番)