診療・検査医療機関指定（変更）申請書

年　　月　　日

岐阜県知事　　古田　肇　　様

（申請者）

住　　　所

医療機関名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　令和2年10月5日付けで通知を受けた診療・検査医療機関の指定について、下記事項について変更しますので、必要書類を添えて申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　記

　１　変更箇所

　２　別添書類　　基本事項