診療・検査医療機関指定（変更）申請書

令和　　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　年　月　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

県ホームページでの公表を「希望する」に変更

２　別添書類

1. 県ホームページでの公表のみの変更の場合、「基本事項」の添付は不要です。
2. 医療機関の住所、医療機関名、代表者職氏名に記入の上、地域医師会まで送付（FAX可）して下さい。医療機関の横判（ゴム印）可です。
3. 岐阜県から指定された日付が不明の場合は空白でも結構です。