外来対応医療機関指定（変更）申請書

年　　月　　日

岐阜県知事　　　　　　様

（申請者）

住　　　所

医療機関名

代表者職氏名

　　　　年　月　日付けで通知を受けた外来対応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