

原子爆弾被爆者等健康診断受託医療機関変更届

令和 年 月 日

神奈川県知事殿

医療機関名

代表者

所在地

電話番号

以下のとおり、原子爆弾被爆者等健康診断受託医療機関の医療機関名等について変更したいので、届け出いたします。

項目	変更後	変更前
医療機関名		
所在地		
代表者	氏名	
	所在地	
振込口座	金融機関	
	口座番号	
	名義人(カナ)	
代表者印 (使用印)		
変更年月日	年 月 日	
変更の理由		