医療観察法指定医療機関変更届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成○○年○○月○○日

　関東信越厚生局長　殿

 　　　　医療法人○○会

届出者　　○○病院

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者　○○　○○　　印

１．指定医療機関の名称及び所在地

　　・名　　　称　　医療法人○○会　○○病院

　　・所　在　地　　○○県○○市○○・・・

２．変更年月日

平成○○年○○月○○日

３．変更事項　　○○の変更

　　（新）○○○○

 （旧）○○○○

　　上記のとおり、変更したので届け出ます。