

# 医療観察法指定医療機関変更届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

近畿厚生局長 殿

医療法人〇〇会  
届出者 〇〇病院  
管理者 〇〇 〇〇

1. 指定医療機関の名称及び所在地  
・名 称 医療法人〇〇会 〇〇病院  
・所 在 地 〇〇県〇〇市〇〇・・・
2. 変更年月日  
令和〇〇年〇〇月〇〇日
3. 変更事項 〇〇の変更

(新) 〇〇〇〇

(旧) 〇〇〇〇

上記のとおり、変更したので届け出ます。