

(様式4-2)

変 更 届

平成 年 月 日

岐阜県健康福祉部保健医療課長 様

医療機関名

所在地

電 話

医師名又は

管理者名

印

定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種事業に係る届出内容について、下記のとおり変更しますので届け出ます。

変更事項

(変更前)

(変更後)

変更年月日