

(様式第 14 号)

母体保護法指定医師審査規則第 21 条第 2 項に係る届出書

年 月 日

一般社団法人 山形県医師会

会 長 殿

医 療 施 設 名

所 在 地

氏 名

指定医師指定番号 0 6 - - -

㊞

下記のとおり 年 月 日より医療施設が変わりますので届出いたします。

記

(旧)

(新)

	(旧)	(新)
所 在 地	〒 (TEL - -)	〒 (TEL - -)
医 療 施 設 名	(管理者氏名 :)	(管理者氏名 :)
指定設備番号	0 6 - -	0 6 - -