

令和 年 月 日

兵庫県病院協同組合 理事長 殿

住 所 〒

(※法人にあっては法人所在地)

電話番号

開設者氏名 (※法人にあっては法人名称及び代表者職氏名)

印

(法人代表者印)

## 変 更 届

今般、当院は 年 月 日より、次の事項に変更がありました。

(該当事項に○を記入下さい。)

	法人名称	
	病院名称	
	法人代表者氏名	
	その他	具体的に記入ください。 ( )

ついては、下記の通り変更いたしましたのでお届け致します。

(変更前)	
(変更後)	