

報告日 平成 年 月 日

## 会員施設の名称等変更届

会員施設名

施設長

印

変更の該当する箇所を記入してください

【旧】

【新】

施設名

開設主体

開設者名

正会員氏名

住所

電話

FAX

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

会長 押淵 徹 殿