送信先ファクシミリ番号　**0857-29-1578**

（この変更届は鳥取県医師会にご提出ください。）

（別紙４）

変　更　届

年　　月　　日

公益社団法人鳥取県医師会長　様

医療機関名

所在地

電話

医療機関の長又は管理者名

　定期予防接種の広域化事業に係る届出内容について、下記のとおり変更したので届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 | |