



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	