

# 変 更 届

年 月 日

(あて先)

埼玉県知事 大野 元裕

住 所 \_\_\_\_\_

医 療 機 関 名 \_\_\_\_\_

代表者職・氏名 \_\_\_\_\_

(医療機関代表者と契約締結者が異なる場合は、下記も御記入ください)

契約締結者法人名 \_\_\_\_\_

契約締結者職・氏名 \_\_\_\_\_

当医療機関は、 年 月 日付けで締結した産婦健康診査業務委託契約に関する事項について、下記のとおり変更したので届け出ます。

## 記

1 変更年月日： 年 月 日

2 変更事項

※ 変更となった事項のみ御記入ください。

事 項	変 更 前	変 更 後
医療機関の所在地	〒 ー	〒 ー
医療機関名称		
代表者職氏名		
契約印鑑		
電話番号		
その他		

事務担当者	所属：	氏名：
	電話番号：	メールアドレス：