公害医療機関番号

公害医療機関の変更届

						―				

事　　項		変更前（すべての事項を記入すること）	変更後（変更する事項のみ記入すること）	変更年月日
ふりがな				
医療機関名				平成　年　月　日
ふりがな				
法人名				平成　年　月　日
ふりがな				
所在地		〒　－	〒　－	平成　年　月　日
電話番号		（　　）　－	（　　）　－	
ふりがな				
請求代表者				平成　年　月　日
振込口座	ふりがな			
	金融機関名			
	ふりがな			
	支店			
	預金種別	1. 普通　2. 当座　3. 別段	1. 普通　2. 当座　3. 別段	平成　年　月　日
	口座番号			
	ふりがな			
	口座名義			

上記のとおり変更します。

平成　　年　　月　　日

（提出先）大阪市長

医療機関の所在地、名称、開設者氏名

（法人の場合は名称、代表者の職名、氏名）

印