大阪市認知症疾患医療センター指定事項変更協議書

　年　月　日

大　阪　市　長　様

住所又は主たる

事務所の所在地

氏名又は名称及び

代表者の氏名

医療機関名

大阪市認知症疾患医療センターの指定事項を変更したいので、次のとおり協議します。

記

１　変更事項

２　変更内容

（変更前）

（変更後）

３　変更年月日

４　変更理由