令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事　　様

申出者住所

　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　　　名

　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　電 話 番 号

　　　　　　　　　　　　　　　電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

救急業務協力に関する名称変更申出書

　先に救急業務に関し協力する旨の申出をいたしておりましたが、このたび下記の理由により医療機関名を変更いたします。

記

　１　病院等の名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 新 |  |
| 旧 |  |

　２　変更年月日　　　　令和　　年　　月　　日

３　理　　　由