

第38号様式(第15条第5項関係)

長崎県 保健所長 様

平成 年 月 日

届出者氏名

印

患者票内容変更届

患者	住所																		
	氏名					生年月日	M T S H	年	月	日	性別	男・女							
病名																			
公費負担者番号								-		公費負担医療受給者番号									
有効期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで																	
変更事項																			
		変更前																	
		変更後																	
変更年月日		平成 年 月 日																	
上記のとおり変更いたしたく届出ます。																			