

(様式 4 - 2)

変 更 届

令和 年 月 日

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課長 様

医療機関名
所 在 地
電 話
医師名又は
管 理 者 名

定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種事業に係る届出内容について、下記のとおり変更しますので届け出ます。

○ 変更事項

(変更前)

(変更後)

○ 変更年月日