別記様式第2号

指定歯科医師指定内容変更届

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　栃木県知事　　　　様(ふりがな)　　　　　　　　　届出者氏名　　　　　　　　印 |
| 区分 | 変更前 | 変更後(変更年月日) |
| 関　名医療機 | 　 | (　・　・　) |
| 所在地　医療機関 | (〒　　) | (〒　　)(　・　・　) |
| 科名診療 | 　 | (　・　・　) |
| 氏名 | 　 | (　・　・　) |
| 〔変更の理由〕 |