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〕 | | |