

# 労災指定医療機関内容変更届

愛知県労災指定医協会長 殿

労災指定医番号

2	3					
---	---	--	--	--	--	--

医療機関名称

所在地

代表者

担当者

変更日： 年 月 日付にて

下記のとおりに変更いたしましたので報告いたします。

○		新	旧
	医療機関名称		
	所在地	〒 -	〒 -
	ふりがな		
	代表者		
	TEL	- -	- -
	FAX	- -	- -
	診療科目		
	会費納入方法	・口座引落し ・現金振込み	・口座引落し ・現金振込み

## (記入上の注意)

1. 変更した項目に○をつけてください。
2. 変更の箇所のみご記入ください。
3. 代表者、医療機関名が変更することによって、「労災保険診療費・労災診療援護貸付金」契約または「会費引落し口座」の変更手続きが必要となります。お手持ちのお控えを今一度ご確認ください。