

(様式2)

新生児聴覚スクリーニング検査業務 委託契約に係る変更届

年 月 日

静岡県医師会長 様

医療機関名

管理者名

⑩

当院が受託しております標記検査業務について、下記のとおり、変更したいのでご連絡いたします。

	変 更 後	変 更 前
医療機関名		
管理者名		
所在地	〒 (—)	〒 (—)
電話番号	()	()
変更年月日	年 月 日	
変更理由		