

(様式12)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証変更届出書

参加者	公費負担医療の 受給者番号					
	ふりがな 氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	住所	(〒)				
変更事項	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 加入している医療保険 <input type="checkbox"/> その他	〔 変更のある事項に チェックをしてください。 〕				
変更前						
変更後						
変更年月日	年	月	日			
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の記載事項の変更をしたいので、届け出ます。						
年 月 日						
申請者氏名 (代理人の場合は代理人の氏名を記載してください。)						
<input type="checkbox"/> 上記の者を代理人と定め、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の記載事項の変更の届出に係る手続きを委任します。						
委任者(参加者)氏名 香川県知事 殿						
県事務処理欄						
受付年月日	年	月	日			
決裁年月日	年	月	日			
書換え交付年月日	年	月	日			
決裁						担当