

様式第 4

精神疾患(認知症)医療連携体制を担う医療機関住所変更届

年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会
鹿児島市部会長 殿

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号
(記入者氏名)

精神疾患（認知症）医療連携を担う医療機関の住所に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

記

変更前、変更後の住所についてご記入ください。

変更前	変更後