

様式第4

## 精神疾患(統合失調症)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(統合失調症)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