

様式第 4

## 急性心筋梗塞等の心血管疾患に係る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 )

急性心筋梗塞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