（様式第２号）

令和　年　月　日

和歌山県知事　様

医療機関の名称：

医療機関の住所：

代表者名　　　：

和歌山県糖尿病性腎症重症化予防登録医制度

登　録　事　項　変　更　届

下記のとおり、変更の届出をします。

記

１　変更内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

２　変更が生じた日　　令和　　年　　月　　日

３　変更が生じた理由