

## 保健事業実施機関 変更届出書

令和 年 月 日

柏市長 宛て

(届出者) ※変更前の内容で記載								
指定番号	歯科医院名							
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				-				_____
			-					
開設者・管理者 (法人の場合は法人名及び職・氏名)								
法人名	職・氏名							
_____	_____ (ふりがな)							
連絡先電話番号								
_____								

保健事業実施機関について、指定内容に変更がありますので、柏市国民健康保険等保健事業利用規則第11条第1項の規定により、次のとおり届け出します。

↓ 変更する事項の欄のみ○印を付け、内容を記入してください。

	診療所の名称	(旧)	
		(新)	
	開設場所	(旧)	〒 _____ 電話番号
		(新)	〒 _____ 電話番号
	その他		

## ※歯科医師会確認欄

上記変更内容について確認しました。

(事業実施にあたり、柏歯科医師会が実施する「お口の健康事業実施者講習」を受講済みであることを確認しました。)

令和 年 月 日

柏歯科医師会 会長

## ※柏市使用欄

<受付>
------

変更日  
令和 年 月 日