

「 ㄗ

」

「 ㄗ

」

この欄は群の記入のみ:

通知日: _____

ケース番号: _____

労働者氏名: _____

労働者 ID 番号: _____

労働者 電話番号: _____

営業時間: _____

営業所の住所: _____

Medi-Cal 認可代理人の任命の取り消しと変更

この書類は _____ の Medi-Cal ケースを請け負う認可代理人が
に取消または変更されたことを通知するものである。

の任命に関する変更を以下に記す。

- 認可代理人が取消を要求した
- 申請者または受益者が取消を要求した
- 申請者または受益者が認可代理人に以下の変更を要求した

もし質問等がある場合は、この通知書上部に記載されている番号に電話してください