XXX（医疗机构名称）申请变更的原因

和理由

根据XXXX（文件）/由于XXXX（原因），现在需要XXXXX，特申请将XXX变更成XXX或者增设XXXX。

医疗机构落款（盖章）

法定代表人/主要负责人签名：

年 月 日