様式第32号

結核指定医療機関変更届

年　　月　　日

福 山 市 長 様

医療機関の所在地
医 療 機 関 の 名 称
医療機関の開設者
住　　所
名　　前

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名）

次のとおり変更しましたので、届出ます。

変　更　前	変　更　後

変更年月日	年　　月　　日
変更理由 （該当のものに○をすること。）	1　医療機関の名称変更（軽微な名称変更） 2　住居表示の変更による住所（所在地）の変更 3　開設者の住所変更 4　開設者の代表者の変更（開設者が法人の場合）

※ 指定書添付不要