

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

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職名前)

次のとおり変更しましたので、届け出ます。

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