

## 結核医療を受ける結核指定医療機関変更届

年 月 日

福山市保健所長様

申請者 住所

名前

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則第20条の3第5項の規定により、医療機関を次のとおり変更したいので届けます。

1 患者 住所

名前

2 現在医療を受けている指定医療機関

所在地

名称

3 新たに医療を受けようとする指定医療機関

所在地

名称

4 変更する理由

5 変更する年月日 年 月 日