

結核指定医療機関変更届

年 月 日

(宛先) 小樽市長

開設者の住所
(法人の場合は法人の所在地)

開設者の氏名
(法人の場合は法人の名称及び代表者の氏名)

下記のとおり変更したので届け出ます。

記

1 結核指定医療機関の名称

2 変更事項

変更区分 (該当数字に○)	1 医療機関の名称の変更 2 開設者の氏名 (法人名称・代表者氏名) 3 医療機関の所在地の地名地番の変更 4 開設者の住所 (法人の所在地)
変更事項 (変更区分)	
変更事項 (変更区分)	
変更年月日	年 月 日

- ※ 1 結核指定医療機関指定書と結核指定医療機関指定再交付申請書 (様式第 3 号) を添付すること。
- ※ 2 結核指定医療機関の名称は、結核指定医療機関指定書に記載されている名称を記入すること。
- ※ 3 変更区分の欄は、該当する数字に○を付けること。
- ※ 4 変更区分事項の欄は、該当する変更区分の数字を記入すること。