

結核指定医療機関変更（休止・廃止）届

年 月 日

小樽市長 様

開設者住所

開設者氏名

印

次のとおり変更（休止・廃止）したいので届け出ます。

1 指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

2 届 出 事 項

3 変更（休止・廃止）の理由

4 変更（休止・廃止）の年月日