

令和 年 月 日

熊本市保健所長 様

指定医療機関の指定番号

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関の開設者住所

(法人の場合は、法人の住所)

指定医療機関の開設者氏名

(法人の場合は、法人の氏名)

印

結核指定医療機関変更届

年 月 日付けで指定された医療機関に 年 月 日に変更があったので届け出ます。

新

旧

変更事由

- | |
|--|
| <p>① 単に医療機関の名称を変更する時</p> <p>② 住居表示の変更などにより、医療機関の所在地名及び地番に変更があったとき</p> <p>③ 婚姻、養子縁組、法人の名称変更により、開設者名に変更があったとき</p> <p>④ その他 ()</p> |
|--|

※上記「変更事由」の該当する番号を○で囲み、④その他に該当する場合は、その内容を記入すること