

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等

郵便番号

所 在 地

電話番号

指定医療機関の名称

(医療機関コード)

指定医療機関の開設者

住所（法人の場合は、法人の住所）

氏名（法人の場合は、法人の名称）

結 核 指 定 医 療 機 関 変 更 届

下記のとおり変更があったので、届け出ます。

(新)

(旧)

変更年月日 年 月 日

変 更 事 由

- | |
|--|
| <p>① 単に医療機関の名称を変更するとき</p> <p>② 住居表示の変更などにより、医療機関等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 開設者の住所に変更があったとき</p> |
|--|

※ 結核指定医療機関指定書を添付して下さい。（結核指定医療機関指定書がない場合は、
辞退、申請の手続きを行って下さい。）

※ 上記「変更事由」の該当する番号を○で囲んで下さい。