

結核指定医療機関変更届

令和 年 月 日

西宮市長 様

開設者住所
(法人の場合は、法人の住所)

開設者氏名 ㊟
(法人の場合は、法人の名称及び代表者名)

みだしのことについて、 年 月 日に指定を受けた医療機関について、下記のとおり変更しましたので届出ます。

記

結核指定医療機関名称		
結核指定医療機関所在地		
変更事項	変更前	
	変更後	
変更年月日		令和 年 月 日
変更理由 (該当番号に○印)		1. 内容の変更を伴わない医療機関の名称変更 2. 住所表示変更等による医療機関の所在地名の呼称及び地番変更 3. 婚姻、養子縁組及び法人の名称変更等による開設者名変更 4. 開設者の住所変更

※結核指定医療機関指定書を添付してください。(紛失された場合は紛失届を提出してください。)

※ 本届出書に関する連絡先

担当者名 _____

電話番号 () _____