

熊本県知事 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)

印

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 平成 年 月 日

変更事由

- ① 単に医療機関の名称を変更するとき
- 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
- 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
- ④ 開設者の住所に変更があったとき

※ 結核指定医療機関指定書を添付してください。(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○で囲んでください。