

結核指定医療機関変更届

このたび、下記のとおり申請事項を変更しましたので、届け出ます。

年 月 日

記

変更事項 (該当に ○ をすること。)	1 医療機関の名称変更 (医療機関の内容に変更がない場合に限る) 2 住居表示の変更等による所在地名、地番等の変更 3 開設者の氏名の変更 (養子縁組、婚姻等) 4 法人の名称変更 (開設主体に変更がない場合に限る) 5 開設者の代表者変更 6 開設者の住所変更
変 更 前	変 更 後
変更年月日	年 月 日

病院又は診療所 (薬局) の所在地 〒

病院又は診療所 (薬局) の名 称

病院又は診療所 (薬局) の開設者住所 〒

(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

病院又は診療所 (薬局) の開設者氏名

(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)



(あて先) 岐 阜 市 長

連絡先 電話 () —