

結核指定医療機関変更届

年 月 日

広島県知事様

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の開設者

住所

氏名

印

次のとおり変更しましたので、届け出ます。

変更前		変更後	
変更年月日	年 月 日		
変更理由 (該当のものに○を すること。)	1 医療機関の名称変更 2 住居表示の変更による住所(所在地)の変更 3 開設者の住所変更 4 開設者の代表者の変更		

※ 指定書添付不要