

結核指定医療機関指定書 書換交付 願
再 交 付

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

次のとおり結核指定医療機関指定書の 書換交付・再交付 をお願いします。

<input type="checkbox"/> 書換交付 <input type="checkbox"/> 再交付	書換交付の理由 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 5 その他()	変更届提出日 年 月 日
	再交付の理由 1 亡失 2 き損 3 その他()	

(注1) 書換交付の場合は、結核指定医療機関変更届を提出するとともに、結核指定医療機関指定書を添付してください。

(注2) き損による再交付をする場合は、結核指定医療機関指定書を添付してください。

(注3) 指定書を紛失した場合は、結核指定医療機関指定書紛失届を併せて提出してください。