

様式第 15 号

結核医療を受ける結核指定医療機関変更届

年 月 日

広島県 保健所長 様

住 所

氏 名

結核医療を受ける医療機関を、次のとおり変更したいので届けます。

1 患者 住 所

氏 名

2 現在医療を受けている指定医療機関

所在地

名 称

3 新たに医療を受けようとする指定医療機関

所在地

名 称

4 変更する理由

5 変更する年月日

年 月 日